# فاعلية برنامج علاجى معرفى سلوكى لخفض الاحتراق النفسى لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى الأطباء والممرضين العاملين بالمستشفيات وأثر ذلك على أدائهم المهنى

**محمد محمود أحمد عبد الله (أخصائي علاقات انسانية واجتماعية)**

**المستخلص**

سعت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الاحتراق النفسي لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى عينة من الأطباء والممرضين، يستند إلى فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي، والكشف عن فاعليته ومدى استمرارية أثره بعد انتهاء جلساته، والتحقق من وجود فروق في تأثير الاحتراق النفسي على الأداء المهني لدى أفراد العينة، ذلك من خلال تطبيق مقاييس الدراسة، حيث أجريت الدراسة وفق المنهج شبه التجريبي، تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٣٠٠) منهم (١٤٠) أطباء و(١٦٠) ممرضين ممن يعملون في مستشفيات جامعة عين شمس ومستشفى الجولف ومستشفى الفتح، تم اختيار عينة تطبيق البرنامج (٢٠٠)، بناء على درجاتهم على مقاييس الدراسة، وتم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، وأخرى ضابطة، وفي كل مجموعة (١٠٠) من الأطباء والممرضين، تم قياس أداء أفراد المجموعتين على مقاييس الدراسة (الاحتراق النفسي، الصحة النفسية والجسمية، الأداء المهني) قبل البرنامج التدريبي وبعده، أظهرت النتائج وجود فروق بين متوسطي درجات الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (القبلي والبعدي) لصالح القياس البعدي، بينما لا توجد فروق بين متوسطي درجات الأطباء والممرضين بالمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (القبلي والبعدي)، ووجود علاقة ارتباطية بين متوسطي درجات الاحتراق النفسي للأطباء والممرضين وأدائهم المهني، وخرجت الدراسة بأهم التوصيات هى ضرورة الاهتمام بإعداد البرامج العلاجية

التي تمكن الأطباء والممرضين من معرفة أهم الفنيات المعرفية والسلوكية وتوظيفها بالشكل المناسب الذي يساعدهم على خفض الاحتراق النفسي.

**الكلمات المفتاحية: (العلاج المعرفى السلوكى، الاحتراق النفسى، الصحة النفسية والجسمية، الأداء المهنى)**

# "The Effectiveness of A Therapeutic Cognitive Behavioral Program for Reducing Psychological Burn Out for the Purpose of Improving Psychological and Physical Health of Physicians and Nurses Working in Hospitals and Its Impact on Their Occupational Performance"

**Mohamed Mahmoud Ahmed Abdallah**

## ABSTRACT

The study sought to verify the effectiveness of a behavioral cognitive program to reduce psychological combustion to improve the psychological and physical health of a sample of doctors and nurses, based on behavioral cognitive therapy techniques and techniques, and to reveal its effectiveness and the continuity of its effect after its sessions, and to check for differences regarding the impact of psychological burnout on the professional performance. This is by applying study standards. The study is conducted using the quasi-experimental method. The sample consists of (300) individuals, divided into (140) doctors and (160) nurses. The field study has been applied to Ain Shams University Hospitals, Golf Hospital and Al-Fath Hospital. The program application sample (200) was selected, based on their grades on the study standards, and was distributed to two groups: A trial group, a control group, and in each group (100) doctors and nurses, the performance of the two groups was measured on the study standards (psychological

combustion, psychological and physical health, professional performance) before and after the training program. The study results show differences exist between average scores of doctors and nurses in the experimental group on the dimensions of the psychological burnout scale regarding the (pre/post) measurements, in favor of the post measurement, The results also show a correlation exists between average scores of the psychological burnout among physicians and nurses and their professional performance. Results also indicate statistically significant differences between the experimental and control groups on the total score of the psychological burnout scale, in favor of the experimental group. The study comes out with some recommendations, the most important of which is the need to design treatment programs to enable doctors and nurses to identify the most important cognitive and behavioral techniques.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy - psychological burnout mental and physical health - occupational performance.

# فاعلية برنامج علاجى معرفى سلوكى لخفض الاحتراق النفسى لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى الأطباء والممرضين العاملين بالمستشفيات وأثر ذلك على أدائهم المهنى

**محمد محمود أحمد عبد الله (أخصائي علاقات انسانية واجتماعية)**

**المقدمة**

يتعرض الكثير من الأفراد لأزمات حياتية مختلفة في ميادين الحياة الاجتماعية والاقتصادية أو المهنية، ومن ثم يمكن للأزمات والمشكلات أن تظهر في كل المجالات أو تظهر في مجال واحد والتي قد تمتد إلى المجالات الأخرى فتؤثر على شعوره بالسعادة والمتعة في الحياة. فالإنسان في بحثه عن الاستقرار والأمان وتلبية متطلبات الحياة يسعى دائما للتكيف أو التوافق مع متغيراتها واستثمارها لصالحه من خلال مضاعفة نشاطه اليومي، غير أنه في حالة عجزه عن تأمين احتياجاته اليومية قد تبدأ الصراعات التي من المفترض أن تخلق ضغوطًا شديدة، ولعل أن هذه الصراعات تمثل أبرز التأثيرات عليه خاصة في عصرنا الحالي فهي نتاج التقدم الحضاري حيث تستهدف النفس البشرية فتحملها أعباء فوق طاقتها، قد تترجم في شكل أعراض واضطرابات نفسية وجسمية مختلفة، إضافة إلى كل هذا فإن خطورة الضغوط تكمن في حالة استمرارها مخلفة أثار سلبية أبرزها حالة الاحتراق النفسي، حيث تعتبر مهنة الطب من المهن التي يتعرض أفرادها للاحتراق النفسي، وذلك بسبب الضغوطات (نفسية، بيئية،...)، التي يواجهها الاطباء والممرضين في حياتهم اليومية، وكل ما نتج عنها من أعباء ومسؤوليات ألقت بظلالها على دور الأطباء والممرضين وعلاقاتهم بالأعداد المتزايدة من المرضى، ونسق العلاقات المتغير بالرؤساء والزملاء والمشرفين، تلك الظروف وكثير من غيرها من الضغوطات التي أنهكت الأطباء والممرضين تدريجياً من الناحيتين النفسية والجسمية، وعززت لديهم الإتجاهات السلبية نحو العمل ونحو الآخرين والحياة المحيطة بهم بشكل عام، وبالإضافة لذلك

يجعلهم غير قادرين على الشّعور بالإنجازات التي يقومون بها وبالتالي يصبحون عرضة لما يعرف بالاحتراق النفسي والذي قد يؤثر على أدائهم المهني.

إذ أن هناك العديد من المشكلات التي يواجهها العاملين أثناء قيامهم بعملهم تتركهم يعانون من اختلال في مستوى الصحة النفسية التي بدورها تؤدي إلى انخفاض في مستوى الأداء والإنتاجية، فالصحة النفسية تسعى جاهدة إلى الوصول بالفرد إلى التمتع بالانسجام النفسي والاجتماعي للوصول إلى مستويات عالية.

فإذا كانت الحياة سلسلة من الضغوط، فلابد على الفرد معايشتها على أن تكون بقدر ومستوى معين، فلا شك بأن قدرا معتدلاً من الضغوط مطلوب وضروري ليظل الفرد في حالة من النشاط والإنجاز ، فقد أصبح تأثير الاحتراق النفسي على الأداء المهني مجال اهتمام الكثير من الباحثين في فروع مختلفة من العلم، وذلك نتيجة للآثار المترتبة عن هذا الاحتراق على الفرد والمؤسسة والتي تنعكس بالسلب على أداء العاملين وعلى شعورهم بعدم الرضا عن العمل، مما يؤدي إلى ضعف العائد الاقتصادي وانخفاض مستوى الكفاءة الإنتاجية لدى العامل، وأكدت على ذلك بعض الدراسات التي تؤكد وجود علاقة ارتباطيه طردية بين الاحتراق النفسي والأداء المهني.

وقد يعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوبا علاجيا يهدف إلى المحافظة على كفايات تعديل السلوك بإستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من أجل التعامل مع السلوك، ويمثل العلاج المعرفي السلوكي المنهجية المتمثلة في التطورات الحديثة في علم النفس التجريبي، وهى تتضمن الأساليب المعرفية والسلوكية.

فنظرا لتفشي ظاهرة الاحتراق النفسي وما تسببه من تأثيرات وانعكاسات سلبية على الصحة النفسية والجسمية والأداء المهني للأطباء والممرضين جاءت هذه الدراسة الحالية لتقدم عرض شامل حول متغيرات الدراسة، وتتفحص مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يمكن عينة الدراسة المستهدفة من خفض الاحتراق النفسي، وحتى يعالج هذا

الموضوع لابد وأن يوضع في إطار نظري يسمح بالإلمام به قدر المستطاع وآخر إطار ميداني تطبيقي.

**مشكلة الدراسة**

تعتبر مشكلة الإرهاق من المشاكل الصحية التي يعاني منها العديد من الأشخاص على مستوى العالم، وبالتحديد الإرهاق المهني الذي ينتابهم خلال ساعات العمل ويرافقهم طوال اليوم، وهذا النوع من الإرهاق أطلق عليه علماء النفس إسم متلازمة الاحتراق النفسي، وتم رصد بعض المتغيرات في التكوين الجسدي والوظيفي وفي الكيمياء الحيوية الجسمانية لدى بعض المصابين بهذا المرض، وتم تصنيف المرض وفقاً لتشخيص هذه الحالة من الإرهاق ضمن فئة الأمراض ذات المخاطر النفسية الإجتماعية المهنية، وذلكَ لأنّه ناتج عن التعرّض لضغوط العمل الدائمة والممتدة، ويُطلق على هذه المتلازمة باللغة الإنكليزية الاحتراق النفسي، وباللغة اليابانية الموت الناتج عن أعباء العملَ الزائد.

ففي إحصائية للمعهد الدولي للصحة النفسية للعاملين (NIOSH,1999) أن الاقتصاد الأمريكي يتكبد خسارة تقدر بحوالي 300 مليار دولار سنويا، في حين تكبد الاقتصاد الإنكليزي خسارة تقدر بحوالي (46) مليار جنيه إسترليني سنوي إجراء ما يترتب على الاحتراق النفسي للعاملين من مشكلات تتمثل بفقدان الدافعية للعمل والتغيب المستمر عنه والانقطاع عن العمل والأمراض النفسية والجسمية المتمثلة بالقلق والاكتئاب وغيرها، مما انعكس على أداء العاملين والإنتاج كما وكيفاً. (Zhou&Wen, 2007, 37)، قد تبين أن ما بين 52٪ و60٪ من الأجازات المرضية الممنوحة في دول الاتحاد الأوروبي (EU) كانت ناجمة عن مشكلات متلازمة الإجهاد المرتبط بالعمل، مما يتسبب بخسارة سنوية تقدر بحوالي (200) مليار يورو، مما يعكس خسائر اقتصادية واجتماعية (Farber, 2009, p332)

وفي المسح الشامل لدول العالم الذي تم عام (2004) من قبل الوكالة الأوربية للصحة والسلامة في العمل Health at Work The Uropean Agency For Safety، تبين أنه في كل (3.5) دقيقة، يموت أحد العاملين في الإتحاد الأوربي جراء مشكلات تتعلق بالعمل، وأن (142.400) يموتون سنويا في الاتحاد الأوربي بسبب المشكلات النفسية

المرتبطة بالعمل مقابل8900 يموتون بسبب حوادث العمل، كذلك يبين المسح الشامل أن 1.5مليون فرد في العمل يعانون من أعراض الاحتراق النفسي، ومليون آخرون معرضون له (http://OSHA.europa.eu)

وقد انعكست آثار مشكلات العمل والتطور التكنولوجي وأحداث الحياة على جميع جوانب الشخصية وأعتبر كثير من الباحثين أننا أصبحن في عصر الضغط النفسي الذي أصبح ظاهرة العصر، وهى أبرز ما تكون في الشباب من الجنسين، لكنها أيضا في الرجال والنساء في مراحل الكهولة والشيخوخة، فمع أن الضغط النفسي جزء من المعايشة اليومية إلا أن الإفراط في إستثارته يعد خطرا إذا ما تعدى القدرات التكيفية للفرد، حيث أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد تختلف من حيث شدتها كما تتغير عبر الزمن تبعا لتكرار المواقف الصعبة التي يصادفها الفرد، وقد تبقى وقتا طويلاً إذا ما إستمرت الظروف المثيرة لها، وتترك آثارا نفسية على الأفراد وتعوق مجرى حياتهم ومشكلات تواجههم ومواقف ضاغطة تعترضهم مما أصبحوا في حالة من عدم الاستقرار نتيجة لتراكم هذه المشكلات وتعقدها، ويعد مفهوم الاحتراق النفسي من بين المفاهيم ذات العلاقة الوطيدة بالصحة النفسية للفرد، هذا المفهوم الذي أصبح شائع الإستخدام لوصف الحالة النفسية للأفراد الذين يعملون في مجال المهن الإنسانية على سبيل المثال (مهنة الطب ومهنة التمريض)، ويقضون وقتاً طويلاً في العمل المجهد، إعتبار أن طبيعة عملهم تقضي بأن يكونوا على اتصال مباشر ووثيق مع الأفراد الذين يحتاجون مساعدتهم، فمن الأسباب المؤدية لحدوثه الضغوط النفسية المستمرة ونقص المساندة من المرؤسين والزملاء وزيادة حجم العمل عن المعقول وإنخفاض الدعم المادي والمعنوي للأطباء والممرضين، ومن بين تلك الدراسات التي تناولت هذا الموضوع نجد دراسة "رضية بنت محمد عبد المحسن (٢٠٠٧)" والتي حددت وجود تصورات للأطباء والممرضين نحو أهم العوامل المسببة للضغط النفسي وهى (ساعات العمل الطويلة، وجود كم هائل من الأعمال، عدم إلتزام المرضى

بالتعليمات)، ووجود مصادر الضغط النفسي بين الاطباء والممرضين في الجوانب التالية: (عوامل خاصة بالعمل، العلاقات مع الاشخاص الآخرين، البناء التنظيمي للمؤسسة).

وقد اقترنت بيئة المستشفى بمجموعة من الأحاسيس السلبية والتجارب المؤلمة في أذهان البشر، حيث يعتبر مكان للألم والمعاناة والموت، فيواجه تلك العوامل يوميا ممارس الصحة العمومية بإضافة إلى نشاطات كثيرة متنوعة ومكثفة يتطلب أدائها التمتع بمهارات عديدة، فإذا وفق الطبيب في علاج المرضى يحظى بالقليل من التدعيم والشكر، أما إذا أخفق فإنه يقابل الرفض والسخط، كما أن مهنة الطب والتمريض ترتكز على التعامل مع شكوى المعلول ومساعداته على مواجهة الصعوبات والمشاكل الناجمة عن المرض وعليه يجد الممارس نفسه محاصرا باستمرار بمتطلبات الآخرين، الأمر الذي يفرض عليه جهدا مضاعفا لأداء المظهر التقني للمهنة من جهة، والمظاهر الإنسانية من جهة ثانية، حيث فاقت المتطلبات الخارجية قدرات الفرد فيصبح في حالة تعب بدني وإنفعالي، حيث ينتج عن ذلك حالة انفعالية وشعور بعدم الفعالية، كما قد يفقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، فيصبح جاف في مشاعره ومعاملاته، وقد يشك في إمكاناته وقدراته على أداء مهنته وتقيم إنجازته المهنية تقيما سلبيا، مما يقلص نشاطاته ويؤثر سلبا على توقعاته المستقبلية، بمعنى أن مهنة الطب من بين المهنة الإنسانية التي يتعرض أفرادها إلى الضغوط ثم وقعهم فريسة للاحتراق النفسي.

وتعتبر القوى العاملة أهم عنصر من عناصر إنشاء المؤسسة والهدف الرئيسي الذي تسعى المؤسسات بأنواعها إلى تحقيقه .حيث ترتبط فاعلية أي مؤسسة بكفاءة عامليها وقدر على قوها البشرية وذلك لتحسين مستواها الإنتاجي والمالي والتسويقي، وبما أن فاعلية أي مؤسسة مرتبطة بفاعلية قواها العاملة وجب مراعاة الصحة النفسية للعامل إذ تعتبر مشكلات الصحة النفسية من المشكلات التي تواجه مؤسستنا الصناعية والتجارية في العصر الحالي (الخرابشة،٢٠٠٨، ٣٠٠)

ومن هنا برزت الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة بهدف التعرف على التساؤل الرئيسي التالي: ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح يقدم الخبرات والمعارف الضرورية التي يمكن من

خلالها التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى الأطباء والممرضين العاملين بالمستشفيات وأثر ذلك على أدائهم المهني؟

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

١. ما هو التصور المقترح لإعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الاحتراق النفسي لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى الأطباء والممرضين؟
٢. هل توجد علاقة بين كل من الاحتراق النفسي والأداء المهني؟
٣. هل توجد علاقة بين الصحة النفسية والأداء المهنى؟
٤. هل للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض الاحتراق النفسي لدى عينة من الأطباء والممرضين بعد فترة شهر من انتهاء البرنامج؟

## أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى تحقيق هدف رئيس وهو التأكد من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الاحتراق النفسي لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى عينة من الأطباء والممرضين، يستند إلى فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي، والكشف عن فاعليته ومدى استمرارية أثره بعد انتهاء جلساته، والتحقق من وجود فروق في تأثير الاحتراق النفسي على الأداء المهني لدى أفراد العينة، ذلك من خلال تطبيق مقاييس الدراسة.

**يتفرع من ذلك الهدف الأهداف الفرعية التالية:**

١. التحقق من فاعلية البرنامج المقترح في التخفيف من الاحتراق النفسي لدى العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي مباشرة (القياس البعدي).
٢. **التحقق من وجود** فروق بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياس البعدي لدى كل من الأطباء والممرضين.
٣. الكشف عن العلاقة بين كل من الاحتراق النفسي والأداء المهني.
٤. الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية والأداء المهنى.

## أهمية الدراسة

تنبثق أهمية الدراسة من أهمية مهنة الأطباء والممرضين، من حيث أن ظاهرة الاحتراق النفسي تعتبر ظاهرة حديثة دفعت الكثير من الباحثين والعلماء إلى تسليط الضوء عليها في كل المجالات المهنية كلاً حسب تخصصه إضافة إلى أن الاحتراق النفسي من الظواهر التي أفرزها العصر الحديث نتيجة التطورات الحديثة التي أصبحت تضغط على الإنسان، وجعلته في سباق دائم مع الزمن، والذي يتسبب له في حدوث احتراق نفسي يهدد صحته النفسية والجسمية.

**١) الأهمية النظرية:**

أ) تعتبر دراسة ظاهرة الاحتراق النفسي ضرورة من ضرورات الاهتمام بالصحة النفسية للأفراد بصفة عامة، والاطباء والممرضين بصفة خاصة وذلك لأهميتهم في المجتمع.

ب) تسهم هذه الدراسة أيضا في القيام بدراسات جديدة تتناول دور وقيمة أن كيفية تخفيف الضغوط حتى يتمتع الفرد بصحة نفسية وجسمية جيدة.

ج) تناولت برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الاحتراق النفسي، ومن هنا جاءت الحاجة الماسة لمثل هذه الدراسة.

د) طبيعة المشكلة التي يتصدى لها البحث وما يمكن أن ينجم عنها من مشكلات صحية ونفسية تنعكس سلبا على عينة الدراسة من الأطباء والممرضين وعلى مكان العمل الذي يعملون به، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة في الكشف عن هذه الظاهرة وتشخيصها ووضع برنامج علاجي معرفي سلوكي لمواجهة هذه المشكلة في مجال العمل.

هـ) من المتوقع أن يسهم البحث في اقتراح الحلول الملاءمة للتخفيف من انتشار هذه المشكلة لدى الأطباء والممرضين وإلقاء الضوء على بعض النقاط الأساسية لتفادي هذه المشكلة.

**٢) الأهمية التطبيقية:**

أ) الارتقاء بالعمل الصحي، حيث أن ذلك ينعكس على المريض وعلى المجتمع ككل.

ب) استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي ملاءم لخفض مستوى الاحتراق النفسي لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى الاطباء والممرضين، وانعكاس ذلك على أدائهم

المهني، الأمر الذي قد يساعد الباحثون في التغلب على الآثار السلبية التي يتركها الاحتراق النفسي في النواحي المعرفية والسلوكية والمهنية والنفسية والاجتماعية لدى الأطباء والممرضين.

ج) يتوقع أن يؤدي البرنامج العلاجي إلى مساعدة الاطباء والممرضين في تعلم مهارات تساعدهم في التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لديهم.

## التعريفات الإجرائية للدراسة

### ➢ العلاج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavioral Therapy

خطة علاجية منظمة ومحددة بوقت تم إعدادها قبل تنفيذها، وتتكون هذه الخطة من عدة ممارسات عملية ومعرفية، يستخدم فيها مبادئ التعديل المعرفي السلوكي، التي تشمل مجموعة من المعارف والمهارات والأنشطة التي تقدم للأطباء والممرضين ويتم فيها تدريبهم على أساليب التفكير السليم وحل المشكلات، وكذا إكسابهم بعض الجوانب الوجدانية والمهارية التي من شأنها أن تزيد من وعيهم ببعض الأفكار والمشاعر السلبية وتأثيرها على صحتهم النفسية والجسمية عامة، ومن ثم التوصل إلى الأفكار البديلة لها، وذلك من خلال الحوار اللفظي والمناقشة والتفسير والتوجيه والتخفيف من حدة الضغوط المهنية الشديدة التي يعانون منها، مما ينعكس بشكل إيجابي على كفاءتهم المهنية، وذلك في ضوء بعض فنيات تعديل السلوك التي تشمل على (الحوار والمناقشة – التوجيه – فنيات الإسترخاء – التخيل – الحوار الداخلي – مراقبة الأفكار الذاتية – وغيرها).

### ➢ الاحتراق النفسي: Burn Out

هى تلك العملية التى يعانى فيها الفرد الذي يتقن عمله بدقة، إلى حالة من الشعور بالإجهاد والتوتر؛ مما يجعله يتحرر من قيود الالتزام والمسئولية التي تقع عليه، ويظهر عليه متلازمة من الأعراض التي تصل به إلى حالة الاحتراق النفسي، ومن هذه الإعراض الإنهاك النفسي والجسدي، والشعور بالعجز واليأس، والتبلد الوجدانى، مما يترتب عليه نهج سلوكاً سلبيا في عمله وكذلك تجاه الحياة والأشخاص من حوله، ويقاس الاحتراق

النفسي إجرائيا وفقاً للدرجة التى يحصل عليها عينة الدراسة من الأطباء والممرضين العاملين فى بعض المستشفيات بمختلف التخصصات على مقياس الإحتراق النفسى.

➢ **الصحة النفسية والجسمية: Psychological and physical health**

تمثل الحالة النفسية للفرد الذى يتمتع بمستوى جسمى وسلوكي جيد، حيث تتضمن قدرته على الاستمتاع بالحياة وخلق التوازن بين أنشطة حياته اليومية ومتطلباتها لتحقيق التوازن الداخلى، وقد تظهر لديه سوء الصحة النفسية والجسمية فى بعض المشكلات، لعل من أهمها حالة الإجهاد النفسى والاكتئاب والقلق ومشكلات في العلاقات الأسرية والإجتماعية مع الآخرين وقد يعاني من الحزن والإدمان وعدم القدرة على الانتباه والتركيز واضطراب المزاج واضطرابات نفسية أخرى، وتقاس الصحة النفسية والجسمية على الدرجة التى يحصل عليها عينة الدراسة من الأطباء والممرضين العاملين ببعض المستشفيات على أبعاد المقياس وتشمل(الحساسية النفسية– القلق– الاكتئاب– الخوف– العدوانية– الوسواس– البارانويا– الذهانية– الأعراض الجسمية)

➢ **الأداء المهنى: Occupational performance**

هو قدرة الفرد على تحقيق وإتمام وظيفته المهنية بشكل مناسب وجيد، حيث يعكس الكيفية التي يحقق أو يشبع بها متطلبات مهنته، ويقاس الأداء المهنى إجرائيا وفقاً لتحقيق عينة الدراسة من الأطباء والممرضين للكفاءة المهنية التي بدورها تتطلب توافر مجموعة من العوامل منها القدرات الشخصية للفرد وكيفية توظيف هذه القدرات في واقع عمله الفعلي والتطبيقي بما في ذلك الإمكانات الكامنة لديهم والتي يمكن استغلالها في ظل توافر الظروف البيئية المناسبة.

## الإطار النظرى للدراسة

**أولًا: العلاج المعرفى السلوكى:** يعرفه الغامدي (٢٠١٠، ٢١) بأنه "وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف اضطرابات القلق ومساعدة هؤلاء المرضي على التكيف داخل البيئة من خلال تصحيح المعتقدات

الخاطئة، وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك من خلال استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية".

**مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:**

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ التي يرتكز عليها في تحقيق أهدافه العلاجية ومن المبادئ:

١. **المشاركة الوجدانية:** يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج المعرفي السلوكي لان التخبط في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة ويجهد المتعالج من جهة أخرى لذلك يكون من المهم الفهم المشترك للعلاقة العلاجية كأن يعمل الطرفان كما يرى بيك "كفريق على الطول الموجي ذاته"

٢. **بناء الثقة:** يتطلب بناء الثقة تجنب المعالج الطرائق التسلطية التي تقود من جهة إلى تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات ومن جهة أخرى تقود إلى المقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين.

٣. **اختزال المشكلة:** ينطوي تخفيف المشكلة على ثلاث خطوات:

- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب.
- تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض وتأكيدها لأنها قد تكون مشكلة صغيرة تمخضت إلى نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق العمل أو فقدان الأهلية.

٤. **تعلم كيف تتعلم:** بالمشاركة الوجدانية يساعد المعالج المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم (السقا، ٢٠٠٨، ١٦٤)

**ثانيا: الاحتراق النفسى:**

عرفته ماسلاك (١٩٨٢) "بأنه مجموعة أعراض تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاذ الطاقة الانفعالية والتجرد من النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الانجاز في المجال المهني والتي يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس" (القريوتي والخطيب، ٢٠٠٦، ١٣٣)

**أعراض ونتائج الاحتراق النفسي:**

وضع كل من سبانيول وكابيوتو (Spaniol&caputo) ثلاث درجات للاحتراق الوظيفي لكل منها أعراض خاصة وهذه الدرجات هى:

**الدرجة الأولي:** تظهر حالة الاحتراق النفسي في هذه الحالة بشكل قصير ومتقطع يمكن السيطرة عليه بسهولة، يرى هذان العالمان أن علاج ذلك يكمن بالقيام ببعض التمارين الرياضية التي تقود إلى الاسترخاء ومن ثم القيام بأخذ قسط من الراحة وممارسة بعض الهوايات بحيث تخفض معها ظاهرة الاحتراق (محمد شحاتة، ٢٠١٠، ٧٦).

**الدرجة الثانية:** حيث ذكر العالمان أن ظاهرة الاحتراق عند هذه الدرجة تأخذ شكلاً خاصا من الحدة والوضوح وتستعرض وقتا أطول من حيث ديمومتها إلى درجة يصعب معها علاجها أو العمل علي إزالة أعراضها بالطرق التي ذكرت في الدرجة الأولي إذ لم يعد الاسترخا أو النوم أو القيام ببعض التمارين الرياضية كانت لعلاجها أو التخلص منها، وهنا يمكن بوضوح قياس درجة الانفعال عند المحترق برغم استرخائه أو نومه، كما ويلاحظ بوضوح مدى سخريته بالقائمين على العمل الذي يقوم به ويكون مزاجه متقلبا واهتمامه بالمستفيدين من العمل الذي يقوم به منخفضا.

**الدرجة الثالثة:** وحسب العالمان سبانيول وكايبوتو فان الموضوع في هذه الدرجة يتطور وتتطور أعراضه من حيث التواصل بحيث ترافقها حالات من الإرهاق النفسي وتزداد المشاكل الصحية والنفسية، مثلما يتعرض المحترق لحالات من الإحباط والقلق والاكتئاب في الوقت الذي تنعكس نتائج ذلك علي حياة المحترق مع الزملاء ومع البيت، وضمن هذا الإطار قام عدد من الباحثين بتقديم تصنيف لهذه الأعراض، فنجد أن

كل من فيمين وسنتاور (Santaro & Fimian) صنفاها إلى ثلاث فئات هى: أعراض انفعالية، أعراض سلوكية، أعراض عضوية (Wilmar schaufei,1998, p: 20)

**الاحتراق النفسي وتداعياتها في الأوساط المهنية:**

يعد الاحتراق النفسي ظاهرة من الظواهر السيكولوجية التي جذبت اهتمام الباحثين على مدى الثلاثين عاما الماضية، حيث تناولت أبحاثهم "الاحتراق النفسي " بوصفه ناتجا عن الضغوط المهنية. وبعض الأسباب الأخرى ووصف بأنه أكثر حدوثا لدى أصحاب المهن الخدماتية، وبالتالي كانت هذه المهن من بين أكثر المهن التي أخذت اهتمام الباحثين بالدراسة والبحث وعليه وصفت هذه المهن من أكثر المهن التي تسبب الضغوط هذه الأخيرة إذا تفاقمت قد تكون تأثيراتها وخيمة على الفرد العامل وعلى من يحيط به من زملاء وعلى عملهم بصفة عامة، وضمن هذا الإطار تعد المهن الخدماتية الإنسانية التي يكثر في وسطها الإحساس بالضغوط والتوترات. وربما يكون تحليل وتشخيص ظاهرة الاحتراق النفسي من بين الخطوات المهمة التي قد تعود بالنفع على الفرد العامل وعلى من يتعامل معه وعلى عمله، حيث يكون بالإمكان تفادي آثارها السلبية، والمساعدة في تمتعه بصحة نفسية مستقرة نسبيا، حيث لوحظ خلال السنوات الأخيرة الاهتمام المتزايد بظاهرة بدأت تعرف بالاحتراق النفسي (Burnout) في المهن التي تقدم المساعدة والعون للآخرين، وتجسد ذلك في عدد الندوات والدراسات التي تناولت الموضوع. فبين عامي ١٩٧٤ و١٩٨٩ كتبت أكثر من (٢٥٠٠) مقالة عن هذا الموضوع، في ضوء تزايد الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين في تنظيمات العمل المختلفة. وقد ارتبطت الدراسات الأولى بباحثي جامعة يل (Yale) وجامعة ميشيجان (Michigan) التي ركزت على طبيعة العمل في المنظمات التي توفر الخدمات الإنسانية، حيث بدأت هذه الدراسات بالمعلمين وانتقلت بعد ذلك لتشمل العاملين في مراكز الصحة العقلية، والبرامج الخاصة بغير القادرين على التعلم، ومراكز الصحة العامة ومراكز رعاية الشباب. وفي كل هذه الهيئات كان الاهتمام منصبا على معاينة تأثير ظروف العمل على العاملين بهذه

المراكز، ومع أن الاهتمام كان في البداية منصبا فقط على الرضا الوظيفي والإنجاز الشخصي في العمل إلا أن التركيز تحول إلى دور الضغط الوظيفي والإحباط في التغيرات السلبية وتأثيرهما النهائي على نوعية الخدمات (علي عسكر، ٢٠٠٥، ١٠٣)

عليه أصبح الاحتراق النفسي مصطلحا واسع الانتشار وسمة من سمات المجتمع المعاصرة، فهو كظاهرة سيكولوجية في تطور مستمر منذ عقد السبعينيات من القرن العشرين، وقد خصص لها العالم فرويدنبرجر (freudenberger) أجزاء مهمة من كتاباته وأعماله، كما تناولتها بالبحث كل من ماسلاش (Maslach). بانيز (Pines)، وكيرنيس (cherniss) وغيرهم، مما كان لهم الأثر الكبير في تعريف هذه الظاهرة وتحديد مظاهرها وبيان أسبابها، وكيفية تفاديها أو التقليل منها إلى أدنى درجة ممكنة (truchot،2004،p:25)

❖ **النظريات المفسرة للاحتراق النفسي:**

أ. **نظرية التحليل النفسي:** قد فسرت الاحتراق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة، وذلك مقابل الاهتمام بالعمل، مما قد يمثل جهدا مستمراً لقدرات الفرد، مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية، أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للرغبات غير المقبولة بل المتعارضة في مكونات الشخصية،مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات ينتهي في أقصى مراحله إلى الاحتراق الوظيفي، أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها وحدوث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلقت به، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها، كما أنه يمكن استخدام بعض فنيات مدرسة التحليل النفسي لعلاج الاحتراق الوظيفي كالتنفيس الانفعالي.

أوضح عدنان الطائي (٢٠١٠) أنها من أهم النظريات التي فسرت الاحتراق النفسي حيث أكدت هذه النظرية على أن السلوك حتمي، تحدد أسباب طبيعية وفقا لقوانين محددة فلا يحدث ذلك السلوك بالصدفة او بطريقة عشوائية او غامضة.

**ب. النظرية الوجودية:** فسرت الاحتراق النفسي على عدم وجود المعنى في حياة الفرد، فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته، فإنه يعاني نوعا من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته، ويحرمه من التقدير الذي يشجعه على مواصلة حياته، فلا يحقق أهدافه مما يعرضه للاحتراق النفسي؛ لذلك فالعلاقة بين الاحتراق النفسي وعدم الإحساس بالمعنى علاقة تبادلية فهما وجهان لعملة واحدة إن جاز لنا القول؛ إذ إن الاحتراق النفسي يؤدي لفقدان المعنى من حياة الفرد، كما أن فقدان المعنى يمكن أن يؤدي للاحتراق النفسي (علي،٢٠٠٨، ٤٩)

وقد استقاد الباحث من القواسم المشتركة بين تلك النظريات المختلفة في دراسة وفهم الاحتراق النفسي، إلا أنه استنتج أنه من الضروري لإنجاح البرنامج العلاجي أن لا يركز على تعلم مهارات قد أثبتت فاعليتها في تخفيف حدة أعراض بعض المشكلات المشابهة للاحتراق النفسي فحسب، إنما النظر لمشكلة الاحتراق النفسي للأطباء والممرضين على أنها تباعد نفسي بينهم وبين عملهم، وحالة الاغتراب التي يخبرها كل منهم.

**ثالثًا: الصحة النفسية:**

تعريف أدولف ماير وهو أول من استهل مصطلح الصحة النفسية، حيث استخدم هذا المصطلح ليشير إلى نمو السلوك الشخصي والاجتماعي نحو السواء وعلى الوقاية من الاضطرابات النفسية، فالصحة النفسية تعني تكيف الشخص مع العالم الخارجي بطريقة تكفل له الشعور بالرضا، وقادرا على مواجهة المشكلات (صالح حسن، ٢٠٠٥، ٢٥)

**مظاهر للصحة النفسية:**

١. التوافق الذاتي: قدرة الفرد على التوفيق والموازنة بين رغباته ودوافعه وما ينتج عن ذلك من صراعات وبما يحقق موازنة ناجحة تجعله راضياً عن نفسه ومحيطه.
٢. التوافق الاجتماعي: ويتمثل بقدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة، تتصف بالمحبة والتعاون والتسامح.

٣. القدرة على التعامل مع الإحباط: وهي القدرة على تحمل الإحباط الناتج عن الأزمات والشدائد وكل ما يعرقل أو يعيق حاجات الإنسان، دون بروز سلوكيات متطرفة أو غير سوية مثل التهيج والعدوان والنكوص.

٤. الشعور بالطمأنينة والرضا: من خلال استمتاع الفرد بالحياة وبعمله وأسرته والمجتمع الذي يعيشه (عاهد حسني، ٢٠٠١، ٧)

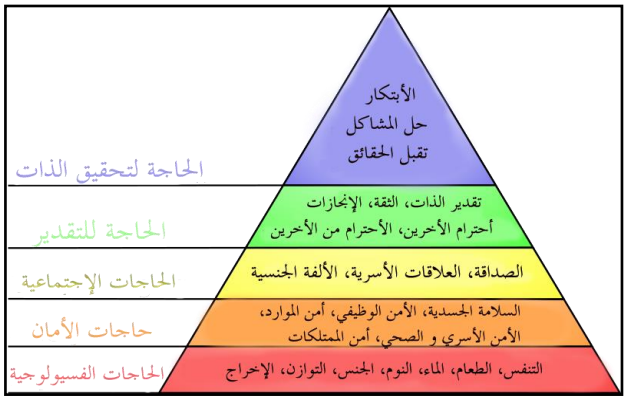
❖ **النظريات المفسرة للصحة النفسية:**

**أ. النظرية السلوكية/ واطسن وسكنر (Behavioral theory)**

رفضت هذه النظرية تفسير نظرية التحليل النفسي للصحة النفسية، ورأت أن السلوك الإنساني في مجملة متعلم، وبما انه متعلم إذن يمكن تغييره وتعديله، وعلى ذلك فإن الفرد يتمتع بالصحة النفسية عندما يتعلم عادات نفسية واجتماعية صحيحة من محيطة الخارجي، فالصحة النفسية مكتسبه، ويكون العكس عندما يتعلم الفرد عادات سيئة وطرق تفكير خاطئة تسبب له التعاسة والحزن والألم.

**ب. النظرية الإنسانية/ ماسلو (Humanitarian theory)**

يرى ماسلو أن الإنسان يتمتع بالصحة النفسية عندما يكون قادرا على إشباع حاجاته المختلفة والوصول إلى ما يسمى بتحقيق الذات، وعلى ذلك فإن ماسلو يرى بان الإنسان قد يحتاج أشياء معينة، وفي حالة عدم إشباعها فانه يشعر بالكدر والضيق وهذا يترتب عليه صحة نفسية متدنية.



(موفق أسعد الهيتي، ٢٠١٢، التوجية والارشاد والصحة النفسية، ٩٣: ٩٦)

**رابعا: الأداء المهنى:**

هو عبارة عن مجموعة من السلوكيات الادارية ذات العلاقة المعبرة عن قيام الموظف بأداء مهامه وتحمل مسؤوليته وهي تتضمن جودة الأداء وكفاءة التنفيذ في الوظيفة والاتصال مع اعضاء المؤسسة وقبول مهام جديدة والابداع والالتزام بالنواحي الادارية والسعي نحو الاستجابة لها بكل حرص وفاعلية (الدهلة، ٢٠٠٦: ٢٠)

**عناصر الأداء: ١. بيئة العمل:** إن مكان العمل يسهل الأداء المهني، حيث تهيئته بما يتناسب وحاجات الفرد العامل، حتى يشعر بالارتياح والرضا من حيث تجهيزه والأدوات والإضاءة والحرارة، بمعنى تهيئة بيئة العمل الداخلية (الصيرفي،٢٠١٦، ١٠٤)

٢. **الدافعية:** تعرف بأنها القوى الكامنة داخل الفرد التي تؤثر أو تحدد مستوي واتجاه واستمرارية الجهد المبذول نحو العمل، وحيث صنف هذا التعريف الافراد العاملين إلى نوعين في المؤسسات، الأول أفراد يتمتعون بدافعية نحو العمل، وبالتالي يتسم أدائهم بالإنجاز العالي، أما النوع الثاني هم الأفراد الذين لا يتمتعون بدافعية نحو العمل وبالتالي أدائهم متدني (طه،٣٠٢،٢٠١٧)

٣. **قدرة الفرد على أداء العمل:** وهي الخصائص الشخصية المستخدمة لأداء الوظيفة، والتي لا تتغير أو تتقلب خلال فترة زمنية قصيرة، وتتألف من محصلة من المعرفة أو المعلومات الفنية اللازمة للعمل، والمهارة، ومدى وضوح الدور، فيجب أن تتوافر لدى الفرد العامل القدرة على أداء العمل المحدد له، والخبرات السابقة التي تحدد فاعلية الجهد المبذول (حنفي،٢٠١٠، ٢٢٢)

**أبعاد الأداء:**

١) **البعد التنظيمي للأداء:** ويقصد به مجموعة الطرق والكيفيات التي تعتمدها المؤسسة في المجال التنظيمي بغية تحقيق أهدافها، ومن ثم يكون لدى مسيري المنظمة معايير قياس فعالية الاجراءات التنظيمية وأثرها على الأداء، ومع الاشارة التي أن هذا

القياس يتعلق بالهيكلة التنظيمية وليس بالنتائج المتوقعة ذات طبيعة اجتماعية اقتصادية.

٢) **البعد الاجتماعي للأداء:** يشير الاداء الاجتماعي إلى تحقيق الرضا عند أفراد المؤسسة على اختلاف مستوياتهم، لأن مستوى رضا العاملين يعتبر مؤشرا علي وفاء الافراد لمؤسستهم، وتتجلي أهمية ودور هذا الجانب في كون أن الأداء الكلي للمؤسسة قد يتأثر سلبا على المدى البعيد، إذا اقتصرت المؤسسة على الجانب الاقتصادي وأهملت الجانب الاجتماعي لمواردها البشرية (حسن ابراهيم،٢٠٠٥، ٤١)

**النظريات المفسرة للأداء المهني:**

١) **نظرية العلاقات الإنسانية:** يعتبر التون مايو من أبرز رواد مدرسة العلاقات الإنسانية، حيث قام بإجراء تجاربه بمصانع الأمريكية، حيث بدأ بدراسة العلاقة "western électrique"الهاوثورن بشركة" وستيرن إلكتريك بين نوعية الإضاءة وفعالية الأداء، فلاحظ أن الإبقاء على نفس الظروف لا يعني انخفاض في مستوى الأداء، وبالتالي الإنتاجية. الأمر الذي جعل "التون مايو" يتفطن إلى أن هناك عوامل غير مادية تؤثر على أداء العمال، فاستخلص أن إنتاجية العمال ومردودهم يرتبط أكثر بالجو السائد بين العمال من جهة، وبين العمال من جهة أخرى ومدى قدرة المدير على التحفيز، وقد لاحظ "التون مايو" زيادة الدافعية في الأداء وبالتالي زيادة الإنتاجية كما كانت عليه من قبل، والقيادة الديمقراطية التي تجسد القائد الذي تتوفر لديه المهارات الإنسانية بالدرجة الأولى (صالح بن نوار، ٢٠٠٥، ٩٤)

**٢) النظرية البيروقراطية:**

تنسب هذه النظرية إلى عالم الاجتماع الألماني" ماكس فيبر"، حيث تعد نظريته الخاصة بهياكل السلطة من أهم الدراسات التي أسهم بها، فقد قام بتحليل كثير من التنظيمات وأساليب انسياب خطوط السلطة داخل تلك التنظيمات، وكانت دراسته تدور في نطاق اهتماماته الأساسية التي توضح لماذا يطيع الأفراد الأوامر التي تصدر إليهم؟

ولماذا يقوم الأفراد العاملون بأداء الأعمال وفقا للتعليمات التي تنساب إليهم في شكل أوامر والتي تتلخص وفق مفهوم" أصدع بما تؤمر" (سميرة عبد الصمد، ٢٠٠٨، ٧٣)

**الدراسات السابقة:**

**أولًا: دراسات تناولت الإحتراق النفسي:**

**١) دراسة سكوفيلي (Schaufeli, et.al,2011) بعنوان: رفع الكفاءة الذاتية عن طريق التدخل المعرفي السلوكي دور في الخفض من الاحتراق النفسي واعادة الاندماج في العمل وتحسن الأداء)؟** **الأهداف:** التعرف على فاعلية التدخل المعرفي السلوكي في خفض الاحتراق النفسي وتحسن الأداء الدراسي لدى الطلبة المدرسين في الجامعة.

**العينة:** تكونت عينة الدراسة من (74) مفحوصا في مجموعة تجريبية تلقت الإرشاد المعرفي السلوكي، (72) مفحوصا في مجموعة تلقت ورشة عمل للتخفيف من الاحتراق النفسي، (72) مفحوصا في مجموعة ضابطة لم تتلق أي تدريب.

**الأدوات:** مقياس الاحتراق النفسي الأكاديمي لسكوفيلي (2002)، مقياس الكفاءة الذاتية والاندماج الدراسي للباحثين، برنامج معرفي سلوكي مكون من جلسات إرشادية، ومحاضرات تتضمن تعرف ظاهرة الاحتراق النفسي.

**النتائج:** أظهرت كل من مجموعة الإرشاد المعرفي السلوكي ومجموعة ورشة العمل ارتفاعاً في الكفاءة الذاتية وتحسنا في الاندماج والأداء الدراسي كما أظهرت مجموعة الإرشاد المعرفي السلوكي تحسنا في انخفاض مستويات الاحتراق النفسي.

**٢) دراسة نعيمة الهادي العربي (٢٠١٥) بعنوان: "مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى المهن الطبية المساعدة "دراسة في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة".**

**الأهداف:** هدفت الدراسة إلى قياس الضغوط النفسية المهنية التي تواجه العاملين في المهن الطبية المساعدة لدى المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في ضوء أربعة متغيرات: الحالة الاجتماعية، عدد سنوات الخدمة، القسم، المؤهل العلمي. **المنهج:** الوصفي.

**الأدوات:** استبانة لقياس مصادر ضغوط العمل. **العينة:** (٢٠٤) مهني طبي مساعد.

**النتائج:** عدم وجود فروق بين متوسط درجات أفراد العينة في مصادر الضغوط النفسية المهنية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

بالإضافة إلى عدم وجود فروق بين متوسط درجات أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر، وعدم وجود فروق بين متوسط درجات المهنيين الطبيين وفقاً لمتغير عدد سنوات الخدمة، أيضا عدم وجود فروق بين أفراد العينة وفقا للشعبة أو قسم العمل في المستشفى.

**٣) دراسة أماني قطب (٢٠١٤) بعنوان: "تقييم تأثير برنامج تعليمي على مستوى الاحتراق المهني لدى أطباء الأسرة".**

**الأهداف:** تهدف الدراسة الى تحسين الأداء الوظيفي للأطباء العاملين في مراكز طب الأسرة التابعة لقسم الأسرة في جامعة قناة السويس وبالتالي تحسين الرعاية للمرضى.

**الأدوات:** مقياس ماسلاش للاحتراق المهني على (١٧١) طبيبا في قسم طب الأسرة بعد الموافقة تم تقديم برنامج معرفي سلوكي تعليمي لخفض الاحتراق النفسي على (١١) من الاطباء المشاركين ثم تقييم الاحتراق النفسي بعد ستة أشهر. **المنهج:** شبه التجريبي.

**النتائج:** قد أظهرت انخفاض مستوى الاحتراق النفسي بين الأطباء المشاركين في البرنامج بعد ستة أشهر مع عدم وجود فروق أداة دلالة احصائية في حين أن أكثر من ثمانين بالمائة من الأطباء المشاركون بالبرنامج كانوا راضين عن البرنامج.

**٤) دراسة (primai , 2003 & Adali) بعنوان: "الاحتراق المهني بين الممرضات العاملات في أقسام العناية والطوارئ الباطنة بالمستشفيات العامة فى اليونان".**

**الأهداف:** هدفت الدراسة إلى المقارنة فى مستويات الاحتراق المهني الناتج عن ضغط العمل بين الممرضات العاملات فى المستشفيات العامة فى منطقة أثينا باليونان تحديداً فى أقسام الطوارئ والباطنة والعناية المركزة والاستقبال. **العينة:** تكونت العينة من (٢٢٣) من الممرضات فى خمس مستشفيات عامة بأثينا. **الأدوات:** مقياس الاحتراق المهني.

**المنهج:** استخدمت الدراسة "المنهج الوصفي المقارن".

**النتائج:** أظهرت النتائج فيما يتعلق بمتغير"النوع" أن غالبية أفراد العينة من الإناث فى عمر الثلاثينات، إلى جانب أن أغلبيتهم من المتزوجات، وأن مستوى الخبرة كان حوالي (١٠) سنوات، إلى جانب الكشف عن وجود فروق ذات دلالة احصائية فى مستوى الشعور بالاحتراق المهني وفقا لمتغير التخصص العلمي، وكان قسم الطوارئ هو أعلى قسم يشعر العاملين به بالاحتراق بنسبة أعلى.

**تعليق على المحور الأول:**

من خلال الدراسات السابقة يتضح وجود ندرة فى الدراسات التى تناولت البرامج العلاجية أو الإرشادية التى سعت إلى حث الأطباء والممرضين على التعامل مع الضغوط الشديدة والتي قد تؤدي إلى الوصول للإحتراق النفسى، حيث اتفقت الدراسات السابقة فيما بينها فى تناولها لهدف مشترك خاص بقياس الضغوط النفسية المهنية التى تواجه العاملين بالمهن الطبية مثل دراسة (نعمة الهادى العربى،٢٠١٥)، دراسة (primai, & Adali 2003) التى درست الاحتراق النفسي بين الممرضات، بينما اختلفت الدراسات الراهنة فى هدفها مع هذه الدراسات فى سعيها لإعداد برنامج معرفى سلوكى لخفض الاحتراق النفسى لتحسين الصحة النفسية والجسمية لدى عينة من الأطباء والممرضين، كما اتفقت مع دراسة (Schaufeli, et.al,2011) بشكل رئيسى فى التعرف على فاعلية التدخل المعرفي السلوكي في خفض الاحتراق النفسي.

– كما استخدمت الدراسات السابقة مقاييس خاصة بالضغوط والاحتراق وخاصة مقياس (ماسلاك للإحتراق المهنى) مثل دراسة (أمانى قطب، ٢٠١٤)، دراسة (نعيمة الهادى العربى، ٢٠١٥)، دراسة (primai , 2003 & Adali)، وقد استفادت الدراسة الراهنة من هذه المقاييس فى إعداد الباحث لمقاييس الدراسة وكذلك البرنامج.

– وظفت الدراسات السابقة المنهج الوصفى أو الوصفى المقارن بإستثناء دراسة (أمانى قطب، ٢٠١٤)، (Schaufeli, et.al,2011)، من حيث استخدامهم للمنهج شبه التجريبى، وذلك يتفق مع المنهج التى اسخدمته الدراسة الراهنة، حيث اختلفت الدراسة

الراهنة عن بقية الدراسات فى استخدامها للعلاج المعرفى السلوكى فى خفض درجة الاحتراق النفسي وكذلك فى تناولها لعينتين من الأطباء والممرضين على اختلاف معظم الدراسات التى تناولت فئة واحدة منهم فقط.

– استفادت الدراسة الحالية مما سبقها من الدراسات، حيث حاولت أن توظف كثيرا من الجهود السابقة لشخيص المشكلة تشخيصا دقيقاً ومعالجتها من جوانب الاستفادة العلمية للدراسات السابقة، وكذلك فى الوصول إلى صياغة العنوان البحثى بدقة، كذلك الوصول للمنهج الملاءم، كما استفادت من دراسة (أمانى قطب، ٢٠١٤)، (Schaufeli, et.al,2011) فى تصميم البرنامج، دراسة (نعيمة الهادى العربى، ٢٠١٥)، (Adali & primai, 2003) فى اثراء الإطار النظرى واعداد أدوات الدراسة.

– كما تضمنت الدراسة الحالية ربط المشكلة البحثية بالمتغيرات المعاصرة مثل جائحة كورونا.

– لم تقتصر الدراسة على عينة واحدة فقط وإنما تضمنت فئتين من العينات لضمان تشخيص الواقع بدقة.

– كما تعددت أدوات هذه الدراسة حيث شملت عدة مقاييس بالإضافة إلى إعداد برنامج وذلك من أجل جمع البيانات بدقة.

**ثانيا: دراسات تناولت الصحة النفسية والجسمية لدى الأطباء والممرضين:**

**١) دراسة نعيمة طايبي (٢٠١٣) بعنوان: "علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدي الممرضين".**

**الأهداف:** الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدي الممرضين، الكشف عن وجود اختلافات في مستويات الاحتراق النفسي بإختلاف أساليب المواجهة. **المنهج:** الوصفي. **الأدوات:** تم استخدام المقاييس التالية (إدراك الضغط، الاحتراق النفسي، الاعراض السيكوماتية، استراتيجيات المواجهة، الاكتئاب). **العينة:** تكونت من (٣٠٠) ممرضين. **النتائج:** تبين وجود علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى

الممرضين، وجود اختلافات في مستويات الاحتراق النفسي للمرضين بإختلاف أساليب المواجهة لديهم، وجود علاقة بين الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوماتية لديهم.

**٢) دراسة أبو العمرين (٢٠٠٨) بعنوان: "مستويات الصحة النفسية بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم".**

**الأهداف:** التعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات محافظات غزة تبعا لكل من (الجنس، المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، عدد سنوات الخبرة)، هدفت إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية والأداء المهني.

**العينة:** تكونت من (٢٠١) ممرض وممرضة منهم (١٠٩) ذكور و(٩٢) إناث من الممرضين. **النتائج:** أظهرت الدراسة عدم وجود تباينات في الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء (٨٧.٨٣) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسي ومقياس الأداء المهني.

**تعليق على المحور الثانى:**

– اتفقت الدراسة الراهنة مع الدراسات الخاصة بهذا المحور فى بعض أهدافها المشتركة، وهو الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة الطب والمريض مثل دراسة (نعمة طايبى، ٢٠١٣)، دراسة (أبو العمرين ، ٢٠٠٨)، وقد اتفقت كذلك فى عدد العينة التى تتراوح بين (١٠٠–٣٠٠) مفردة فى دراسة (نعمة طايبى، ٢٠١٣)، دراسة (أبو العمرين، ٢٠٠٨) من (٣٠٠) من الأطباء والممرضين العاملين بالمستشفيات.

– كما اتفقت الدراسة الحالية فى استخدامها للمقاييس الخاصة بالصحة النفسية والجسمية والتى قام الباحث بإعدادها.

– أيضا اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت له بقية الدراسات من حيث وجود اختلافات فى مستويات الاحتراق النفسى للإطباء والممرضين وكذلك اختلافات فى مستوى الصحة النفسية لديهم.

– كما استخدمت دراسات هذا المحور "المنهج الوصفى" الذى قد استخدمه الباحث فى دراساته لإدراك العلاقة بين المتغيرات إلى جانب المنهج شبه التجريبى.

**ثالثًا: دراسات تناولت الأداء المهني لدى الأطباء والممرضين**

**١) دراسة ابراهيم محمد علي (٢٠١١) بعنوان: "الضغوط النفسية وعلاقتها الاداء المهني لدي الاطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظات غزة".**

**الأهداف:** هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية وعلاقتها الاداء المهني لدي الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظات غزة. **المنهج:** الوصفي التحليلي. **الأدوات:** استبانة الضغوط النفسية، استبانة الأداء المهني.

**العينة:** تكونت من(٥٠٠) من الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة.

**النتائج:** لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات الأطباء على مقياس الضغوط النفسية تعزي لمتغير المستوى الاقتصادي

**٢) دراسة عبد الهادي عطية (٢٠٠٩) بعنوان: "تقييم الأداء الطبي والاداري بمستشفى الطلبة جامعة الزقازيق".**

**الأهداف :** تقييم الأداء الطبي والإداري بمستشفى الطلبة والوصول إلى جوانب القصور في الخدمة الطبية المقدمة لطلاب الجامعة لتجنب حدوثها في المستقبل، تقييم مبدئي لمخرجات الاداء ومقارنتها بمعايير الأداء لتحسين الجودة. **المنهج:** الانثروبولوجي.

**الأدوات:** استقصاء رأي لجودة الأداء، المقابلات، إحصاءات من قسم الإحصاء.

**النتائج:** أظهرت أن الموظفون الاداريين ليس لديهم معايير كمية للأداء المهني.

**تعليق على المحور الثالث:**

اتفقت الدراسات الخاصة بهذا المحور فى عينتها حيث تطبيق الدراسة على عينة من الأطباء بإستثناء دراسة (عبد الهادى عطية، ٢٠٠٩) التى طبقت على الأطباء والإداريين لتقييم الأداء الطبى والإدارى ببعض المستشفيات.

– وظفت دراسات هذا المحور المنهج الوصفى التحليلى بإستثناء دراسة (عبد الهادى عطية، ٢٠٠٩) التى استخدمت المنهج الأنثروبولوجى وإجراء المقابلات مع عينة الدراسة.

– تنوعت دراسات هذا المحور ما بين استخدام استمارات الاستبانة والمقابلات واتفقت كذلك مع الدراسة الراهنة فى استخدامها لإستمارات استقصاء إلى جانب إجراء المقابلات مع الأطباء والممرضين أثناء تطبيق البرنامج لخفض درجة الاحتراق النفسي لديهم.

– ومن العرض السابق يتضح أن الدراسة الحالية عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لإعداد برنامج معرفى سلوكى لتحسين الإحتراق النفسي وشمول عينتها لفئتين من الأطباء والممرضين لم يتطرق لهم معظم الدراسات وتتعدد أدواتها بين المقاييس وإعداد البرنامج واستخدامها لأكثر من منهج حيث استخدمت المنهج (شبه التجريبى) للكشف عن مدى فاعلية البرنامج فى خفض درجة الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة وكذلك (المنهج الوصفى الارتباطى) لمعرفة مستوى الاحتراق النفسى وادراك العلاقة بين متغيرات الدراسة.

**رابعا: فروض الدراسة:**

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات كل من عينة الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (القبلي والبعدي) لصالح القياس البعدي.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين.
٣. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاحتراق النفسي ومستوى الصحة النفسية والجسمية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات كل من عينة الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (البعدي والتتبعي).

٥. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاحتراق النفسي لدى كل من عينة الأطباء والممرضين وأدائهم المهني.

**خامسا: الإجراءات المنهجية للدراسة**

- **منهج الدراسة:** للتحقق من صحة فروض الدراسة، استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي ذا المجموعتين التجريبية والضابطة، والقياس القبلي والبعدي، حيث تم إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي يعد بمثابة المتغير المستقل، واختبار فاعليته في خفض الاحتراق النفسي كمتغير تابع، وقد تم تطبيق أدوات الدراسة قبل وبعد البرنامج، بالإضافة إلى تطبيق هذه الأدوات بعد نهاية البرنامج بشهر ونص للتحقق من استمرارية أثره.
- **مجتمع الدراسة:**

تكون مجتمع الدراسة من الأطباء والممرضين العاملين بالمستشفيات (مستشفيات جامعة عين شمس، مستشفى الجولف، مستشفى الفتح).

- **عينة الدراسة:**

**العينة الإستطلاعية:**

قام الباحث بإجراء مجموعة من المقابلات تمثلت في طرح بعض الأسئلة مع كل من **(الأطباء، الممرضين)** عينة الدراسة، ذلك بهدف جمع المعلومات حول متغيرات الدراسة، كما تفيدنا في ضبط فروض الدراسة وذلك من خلال معرفة آراء أفراد العينة حول مهنتهم، شعورهم السلبي أو الايجابي نحو عملهم، والضغوط التي تواجههم أثناء العمل، ومدى تأثير الاحتراق النفسي على الصحة النفسية والجسمية أو ظهور الأعراض النفسية والجسمية أو الأمراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة، ومعرفة مدى تأثير بيئة المستشفى من ضغوط ومشكلات على أدائهم المهني، وما هى القرارات التي يتخذها الأطباء والممرضين لمواجهة الضغوط والمشكلات وطرق التعامل معها، بالإضافة إلى معرفة كيفية وضع برنامج علاجي معرفي سلوكي مناسب لأفراد العينة لخفض الاحتراق النفسي بهدف تحسين الصحة النفسية والجسمية وتطوير أدائهم المهني.

ثم أجريت دراسة استطلاعية للتحقق من ثبات وصدق الأدوات المستخدمة، حيث تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على عدد (٢٥) من الأطباء، عدد (٢٥) من الممرضين، بالنسبة لجميع المقاييس، وذلك بغرض معرفة وضوح تعليمات الإجابة على فقرات المقاييس، أسفرت النتائج عن وضوح تعليمات الإجابة، وتعديل بعض العبارات بما تتناسب مع أفراد العينة، وقد تم حساب الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ أحيانا وطريقة التجزئة النصفية أحيانا أخرى، وذلك بالتطبيق على عينة الدراسة من الأطباء والممرضين، وكذلك الأمر بالنسبة لجميع المقاييس التي تم اختبار اتساقها الداخلي.

**عينة الدراسة الأساسية:** تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) من الأطباء والممرضين العاملين بالمستشفيات، (١٤٠) من الأطباء، (١٦٠) من الممرضين، وذلك في كل من المستشفيات الحكومية والخاصة، تم توزيعهم كالآتي:

- العينة الأولى (عينة الأطباء): وتتكون من (١٠٠) من الأطباء العاملين ببعض المستشفيات الحكومية، عدد (٤٠) من الأطباء العاملين ببعض المستشفيات الخاصة.
- العينة الثانية (عينة الممرضين): وتتكون من (١٠٤) من الممرضين العاملين ببعض المستشفيات الحكومية، وعدد (٥٦) من الممرضين العاملين بالمستشفيات الخاصة.

وقد تم اختيار عينة تطبيق البرنامج وذلك بناء على درجاتهم على مقاييس الدراسة كالآتي:

- شملت العينة (٢٠٠) من الأطباء والممرضين وذلك لكل المجموعتين (التجريبية والضابطة)

وقسمت إلى مجموعة تجريبية (١٠٠)، حيث شملت (٥٠) من الأطباء – (٥٠) من الممرضين.

وأخرى مجموعة ضابطة (١٠٠)، شملت أيضا (٥٠) من الأطباء – (٥٠) من الممرضين.

- تم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، بينما المجموعة الضابطة لم يطبق عليهم البرنامج.

**شروط اختيار العينة:**

**اختيرت العينة بالطريقة العشوائية، وتمت مراعاة الشروط التالية في اختيار العينة:**

- أن تشتمل العينة على أطباء وممرضين من الجنسين.
- أن تشتمل العينة على العاملين بتخصصات مختلفة سواء من الطب أو التمريض.
- أن تشتمل العينة على أعمار متباينة.

**١. وصف العينة:**

**جدول (١) توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع المستشفى (للأطباء والممرضين)**

| نوع المستشفى | أطباء | | ممرضون | |
|---|---|---|---|---|
| | العدد | النسبة | العدد | النسبة |
| حكومي | ١٠٠ | ٧١,٤ | ١٠٤ | ٦٥ |
| خاص | ٤٠ | ٢٨,٦ | ٥٦ | ٣٥ |
| الإجمالي | ١٤٠ | ١٠٠ | ١٦٠ | ١٠٠ |

يتضح من الجدول السابق أن العينة من المستشفيات الحكومية كانت بعدد (١٠٠) مفردة بنسبة (٧١.٤٪) للأطباء وهي النسبة الأعلى بينما كان عدد الممرضين (١٠٤) مفردة بنسبة (٦٥٪)، وكانت المستشفيات الخاصة بعدد (٤٠) مفردة بنسبة (٢٨.٦٪) بينما كان عدد الممرضين (٥٦) مفردة بنسبة (٣٥٪).

**جدول (٢) توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير اسم المستشفى (للأطباء والممرضين)**

| اسم المستشفى | أطباء | | ممرضون | |
|---|---|---|---|---|
| | العدد | النسبة | العدد | النسبة |
| **مستشفى أمراض وجراحات القلب والأوعية الدموية (جامعة عين شمس)** | ١٩ | ١٣,٦ | ١٨ | ١١,٣ |
| **مستشفى النساء والتوليد (جامعة عين شمس)** | ١٧ | ١٢,١ | ٢٠ | ١٢,٥ |
| **مستشفى الدمرداش (جامعة عين شمس)** | ٢٨ | ٢٠ | ٢٣ | ١٤,٤ |
| **مركز علاج السموم (جامعة عين شمس)** | ١٤ | ١٠ | ١٥ | ٩,٤ |
| **مستشفى الأطفال (جامعة عين شمس)** | ١٠ | ٧ | ١٧ | ١٠,٦ |
| **مستشفى الباطنة (جامعة عين شمس)** | ١٢ | ٨,٦ | ١٣ | ٨,١ |
| **الجولف** | ٢٢ | ١٥,٧ | ٣٢ | ٢٠ |
| **الفتح** | ١٨ | ١٣ | ٢٢ | ١٣,٧ |
| **الإجمالي** | ١٤٠ | ١٠٠ | ١٦٠ | ١٠٠ |

يوضح الجدول السابق أسماء المستشفيات الحكومية والخاصة التي من خلالها تم جمع عينة الأطباء، وكانت مستشفى الدمرداش (جامعة عين شمس) هي أكبر عدد بلغ (٢٨) مفردة بنسبة (٢٠٪)، أما أقل مستشفى فهي (مستشفى الباطنة – جامعة عين شمس) بعدد (١٧) مفردة وبنسبة (٨.٦٪).

كما يوضح الجدول السابق أسماء المستشفيات الحكومية والخاصة التي من خلالها تم جمع عينة الممرضين، وكانت مستشفى(الجولف) هي أكبر عدد بلغ (٣٢) مفردة بنسبة (٢٠٪)، أما أقل مستشفى فهي الباطنة (جامعة عين شمس) بعدد (١٣) مفردات وبنسبة (٨.١٪).

➢ **حدود الدراسة:**

❖ **<u>الحدود الزمنية</u>:** مرت الدراسة بعدة مراحل في الفترات الزمنية الآتية:

- **المرحلة الأولى:** استغرقت حوالي عام، تم فيه جمع الإطار النظري من حيث الإطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت الدراسة ووضع الإطار النظري الذي فسر مشكلة الدراسة والنظريات الموجهة لها.
- **المرحلة الثانية:** استغرقت حوالي ثلاثة أشهر، واشتملت على إعداد الأدوات وعرض المقاييس على المحكمين واختبار صدق وثبات المقاييس.
- **المرحلة الثالثة:** تم تطبيق المقاييس والبرنامج العلاجي، استغرق التطبيق العملي حوالي ثمانية أشهر في الفترة من (2020/2019).
- **المرحلة الرابعة:** استمرت حوالي شهرين، قد تم في هذه الفترة تفريغ البيانات وتحليل النتائج وتفسيرها، ووضع توصيات ومقترحات الدراسة.

❖ **<u>الحدود البشرية</u>:** تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) – (١٤٠) من الأطباء، (١٦٠) من الممرضين العاملين ببعض المستشفيات الحكومية والخاصة.

❖ **<u>الحدود المكانية</u>:** تم تطبيق أدوات الدراسة (بمستشفيات جامعة عين شمس، مستشفى الجولف، مستشفى الفتح).

➢ **أدوات الدراسة:**

١- **مقياس الاحتراق النفسي: إعداد الباحث:** تكون المقياس من مجموعة من العبارات التى تتضمن ثلاث أبعاد وهم (الإجهاد الإنفعالي – تبلد المشاعر – إنخفاض الإنجاز الشخصي) تم الإجابة عليها بمقياس رباعي الترتيب يتراوح بين (٠-٣) (دائما – أحيانا – نادرا – أبدا).

- بالنسبة لطريقة التصحيح اعتمدت طريقة "ليكرت" في إعطاء الدرجات، حيث تقابل كل عبارة أربعة بدائل وهي دائما، أحيانا، نادرا، أبدا، إذا كانت العبارة مباشرة تعطى دائما: ثلاث درجات، أحيانا: درجتان، نادرا: درجة واحدة، أبدا: صفر، أما إذا كانت العبارة غير مباشرة تعطى دائما: صفر، أحيانا: درجة واحدة، نادرا: درجتان، أبدا: ثلاث درجات.

**يشمل المقياس (٤٥) عبارة تتوزع وفقًا لنوعين من البنود: بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.**

**جدول رقم (٣) يوضح عبارات أداة مقسمة في الأبعاد الثلاث**

| الأبعاد | العبارات | المجموع |
|---|---|---|
| الإجهاد الإنفعالي | ١٥.١٤.١٣.١٢.١١.١٠.٩.٨.٧.٦.٥.٤.٣.٢.١ | ١٥ |
| تبلد المشاعر | ٣٠.٢٩.٢٨.٢٧.٢٦.٢٥.٢٤.٢٣.٢٢.٢١.٢٠.١ ٩.١٨.١٧.١٦ | ١٥ |
| إنخفاض الإنجاز الشخصي | ٤٥.٤٤.٤٣.٤٢.٤١.٤٠.٣٩.٣٨.٣٧.٣٦.٣٥.٣ ٤.٣٣.٣٢.٣١ | ١٥ |

١. **البنود المباشرة:** تتضمن البنود المباشرة (٣٤) عبارة، وقد تتمثل هذه البنود في العبارات رقم:

(١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٠-١١-١٢-١٣-١٥-١٦-١٧-١٩-٢٠-٢١-٢٢-٢٦-٢٨-٣٠-٣١-٣٣-٣٦-٣٧-٣٨-٣٩-٤٠-٤١-٤٢-٤٤-٤٥)

**وتأخذ هذه العبارات:**

| دائمًا | أحيانًا | نادرًا | أبدًا |
|---|---|---|---|
| ٣ | ٢ | ١ | ٠ |

٢. **البنود غير المباشرة:** تتضمن البنود غير المباشرة (١١) عبارة، وقد تتمثل هذه البنود في العبارات رقم:

(١٤-١٨-٢٣-٢٤-٢٥-٢٧-٢٩-٣٢-٣٤-٣٥-٤٣)

**وتأخذ هذه العبارات:**

| دائمًا | أحيانًا | نادرًا | أبدًا |
|---|---|---|---|
| ٠ | ١ | ٢ | ٣ |

تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على (٥٠) من الأطباء والممرضين، حيث بلغت قيم معامل الثبات في الأبعاد الثلاثة للأطباء (٠.٩٢٢، ٠.٥٣٩، ٠.٦٥٩)، وبالنسبة للممرضين بلغت قيم معامل الثبات (٠.٩٣٧، ٠.٩٢٢، ٠.٨٦٩) وذلك بغرض معرفة وضوح تعليمات الإجابة عن فقرات المقياس ومدى وضوح الفقرات، وقد أسفرت النتائج عن وضوح تعليمات الإجابة، ثم تم حذف وتعديل بعض العبارات حتى تتفق مع طبيعة أفراد العينة، وهى: (أشعر بأني احترق نفسيا بسبب مهنتي – أشعر بدرجة عالية من النشاط والحيوية – لا أكترث بما يحدث للمرضى من حولي – أشعر بأنني شخص غير ناجح في عملي – يوجه إلىَّ اللوم فيما يخص مهنتي – يلازمني شعور بالتوتر والقلق بسبب مهنتي).

**الخصائص السيكومترية لمقياس الاحتراق النفسي:**

**صدق المقياس:** للتحقق من صدق محتوى المقياس، استخدم الباحث طريقة **(صدق المحكمين)** عرض بنود المقياس على مجموعة من المحكمين الخبراء في مجال علم النفس والصحة النفسية والقياس النفسي، للتأكد من مدى ملاءمة أبعاد عبارات المقياس لما وضع لقياسه بالنسبة لفئة الأطباء والممرضين.

كما تم حساب **معامل الإتساق الداخلي** ومعامل الإرتباط المصحح لكل بعد من أبعاد المقياس لحساب الإرتباط بين كل بعد والدرجة الكلية على المقياس بعد التطبيق وذلك على عينة من الأطباء وقد جاءت النتائج كالتالي:

**الإتساق الداخلى للمقياس:** تم حساب معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس والتي نتجت عن تطبيق المقياس على عينة مبدئية، وقام الباحث بحساب صدق الإتساق الداخلي ومعامل الارتباط المصحح للمقاييس كالآتي:

**جدول (٤) صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الأحتراق النفسي (للأطباء)**

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| **البعد الأول (الاجهاد الانفعالي)** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٠٩(**) | ٠,٩٥ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثاني (تبلد المشاعر)** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٢٩٧(*) | ٠,٥٠ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثالث (انخفاض الانجاز الشخصي)** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٨٠٣(**) | ٠,٨٩ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

من جدول صدق الاتساق الداخلي السابق لأبعاد مقياس الأحتراق النفسي نجد أن معامل الارتباط بين أبعاد مقياس الأحتراق النفسي وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الأحتراق النفسي وبلغت قيم معامل إرتباط بيرسون (٠.٩٠٩، ٠.٢٩٧، ٠.٨٠٣) لكل من (البعد الأول: الاجهاد الانفعالي، البعد الثاني: تبلد المشاعر، البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي)

على التوالي، وللمزيد من التحليل قام الباحث بحساب معامل الارتباط المصحح وبلغت قيم معامل الارتباط المصحح (٠.٩٥، ٠.٥٠، ٠.٨٩) لكل من (البعد الأول: الاجهاد الانفعالي، البعد الثاني: تبلد المشاعر، البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي) على التوالي، وهي قيم تؤكد على صدق أبعاد مقياس الأحتراق النفسي.

**جدول (٥) صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الأحتراق النفسي (للممرضين)**

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| **البعد الأول (الاجهاد الانفعالي)** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٨٨٧(**) | ٠,٩٤ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثاني (تبلد المشاعر)** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٨٨٠(*) | ٠,٩٤ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثالث (انخفاض الانجاز الشخصي)** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٨٥٤(**) | ٠,٩٢ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

من جدول صدق الاتساق الداخلي السابق لأبعاد مقياس الأحتراق النفسي نجد أن معامل الارتباط بين أبعاد مقياس الأحتراق النفسي وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الأحتراق النفسي وبلغت قيم معامل إرتباط بيرسون (٠.٨٨٧، ٠.٨٨٠، ٠.٨٥٤) لكل من (البعد الأول: الاجهاد الانفعالي، البعد الثاني: تبلد المشاعر، البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي) على التوالي، وللمزيد من التحليل قام الباحث بحساب معامل الارتباط المصحح وبلغت قيم معامل الارتباط المصحح (٠.٩٤، ٠.٩٤، ٠.٩٢) لكل من (البعد الأول: الاجهاد الانفعالي، البعد الثاني: تبلد المشاعر، البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي) على التوالي، وهي قيم تؤكد على صدق أبعاد مقياس الأحتراق النفسي.

**ثبات المقياس:**

للتحقق من ثبات المقياس لإمكانية الاعتماد على نتائج المقاييس استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، ويوضح الجدول التالي معاملات الثبات الناتجة باستخدام هذه المعادلة.

**جدول (٦) ثبات العبارات لأبعاد مقياس الاحتراق النفسي (للأطباء)**

| أبعاد المقياس | عدد العبارات | قيمة ألفا |
|---|---|---|
| **البعد الأول: الاجهاد الانفعالي** | ١٥ | ٠,٩٢٢ |
| **البعد الثاني: تبلد المشاعر** | ١٥ | ٠,٥٣٩ |
| **البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي** | ١٥ | ٠,٦٥٩ |
| **إجمالي المقياس** | ٤٥ | ٠,٨٢٥ |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات جميعها قيم مقبولة حيث بلغت قيم معامل الثبات (٠.٩٢٢، ٠.٥٣٩، ٠.٦٥٩)، لأبعاد مقياس الاحتراق النفسي (البعد الأول: الاجهاد الانفعالي، البعد الثاني: تبلد المشاعر، البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي) على التوالي، وكانت قيمة ألفا لإجمالي مقياس **الاحتراق** النفسي (٠.٨٢٥) وهي قيمة مرتفعة، وتشير هذه القيم من معاملات الثبات إلى صلاحية العبارات وإمكانية الاعتماد على نتائجها والوثوق بها.

**جدول (٧) ثبات العبارات لأبعاد مقياس الاحتراق النفسي (للممرضين)**

| أبعاد المقياس | عدد العبارات | قيمة ألفا |
|---|---|---|
| **البعد الأول: الاجهاد الانفعالي** | ١٥ | ٠,٩٣٧ |
| **البعد الثاني: تبلد المشاعر** | ١٥ | ٠,٩٢٢ |
| **البعد الثالث: انخفاض الانجار الشخصي** | ١٥ | ٠,٨٦٩ |
| **إجمالي المقياس** | ٤٥ | ٠,٩٥٧ |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات جميعها قيم مقبولة حيث بلغت قيم معامل الثبات (٠.٩٣٧، ٠.٩٢٢، ٠.٨٦٩)، لأبعاد مقياس الاحتراق النفسي (البعد الأول: الاجهاد الانفعالي، البعد الثاني: تبلد المشاعر، البعد الثالث: انخفاض الانجاز

الشخصي) على التوالي، وكانت قيمة ألفا لإجمالي مقياس **الاحتراق** النفسي (٠.٩٥٧) وهي قيمة مرتفعة، وتشير هذه القيم من معاملات الثبات إلى صلاحية العبارات وإمكانية الاعتماد على نتائجها والوثوق بها.

٢- **مقياس الصحة النفسية والجسمية: إعداد الباحث:** تكون المقياس من مجموعة من العبارات التى تتضمن تسعة أبعاد وهم (الحساسية النفسية، القلق، الاكتئاب، الخوف، العدوانية، الوسواس، البارانويا، الذهانية، الأعراض الجسمية) تم الإجابة عليها بمقياس ثلاثي الترتيب يتراوح بين (٠-٢) (دائما – أحيانا – أبدا).

- بالنسبة لطريقة التصحيح اعتمدت طريقة "ليكرت" في إعطاء الدرجات، حيث تقابل كل عبارة ثلاث بدائل وهى دائما، أحيانا، أبدا، إذا كانت الإجابة دائما: تعطى صفر، وإذا كانت الإجابة أحيانا: تعطى درجة واحدة، وإذا كانت الإجابة أبدا: تعطى صفر.

**يشمل المقياس (١٢٠) عبارة تتوزع وفقًا لنوع واحد من البنود: "بنود مباشرة".**

**جدول رقم (٤) يوضح عبارات أداة مقسمة في الأبعاد التسعة**

| أبعاد المقياس | العبارات | المجموع |
|---|---|---|
| البعد الأول: الحساسية النفسية | ١: ١٥ | ١٥ |
| البعد الثانى: القلق | ١٦: ٣٠ | ١٥ |
| البعد الثالث: الاكتئاب | ٣١: ٤٥ | ١٥ |
| البعد الرابع: الخوف | ٤٦: ٥٧ | ١٢ |
| البعد الخامس: العدوانية | ٥٨: ٦٩ | ١٢ |
| البعد السادس: الوسواس | ٧٠: ٨٤ | ١٥ |
| البعد السابع: البارانويا | ٨٥: ٩٤ | ١٠ |
| البعد الثامن: الذهانية | ٩٥: ١٠٥ | ١١ |
| البعد التاسع: الأعراض الجسمية | ١٠٦: ١٢٠ | ١٥ |

- **البنود المباشرة:** تتضمن البنود المباشرة (١٢٠) عبارة، وقد تتمثل هذه البنود في العبارات من رقم (١: ١٢٠)

**وتأخذ هذه العبارات:**

| دائمًا | أحيانًا | أبدًا |
|---|---|---|
| ٠ | ١ | ٢ |

تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على (٥٠) من الأطباء والممرضين، حيث بلغت قيم معامل الثبات في الأبعاد التسعة بالنسبة للأطباء كانت قيمة ألفا لإجمالي مقياس الصحة النفسية والجسمية (٠.٩٨٤)، أما بالنسبة للممرضين كانت قيمة ألفا لإجمالي مقياس الصحة النفسية والجسمية (٠.٩٨٢)، وذلك بغرض معرفة وضوح تعليمات الإجابة عن فقرات المقياس ومدى وضوح الفقرات، وقد أسفرت النتائج عن وضوح تعليمات الإجابة، ثم تم حذف وتعديل بعض العبارات حتى تتفق مع طبيعة أفراد العينة، وهى: (يمكنني التغلب على القلق في المواقف الحرجة – يمكنني التحكم في انفعالاتي – أتحكم في غضبي مهما كانت الظروف – ألتزم بأداء الواجبات الاجتماعية تجاه زملائي – أشعر أن حياتي آمنة وهادئة – أتمتع بصحة جيدة وأشعر أن معدتي تهضم الطعام جيدا – أشعر بالراحة في أغلب الأوقات – أثق في قدرتي على اجتياز المواقف الصعبة بنجاح).

**الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية والجسمية:**

أ- **صدق المقياس:** للتحقق من صدق محتوى المقياس، استخدم الباحث طريقة **(صدق المحكمين)** عرض بنود المقياس على مجموعة من المحكمين الخبراء في مجال علم النفس والصحة النفسية والقياس النفسي، للتأكد من مدى ملاءمة أبعاد عبارات المقياس لما وضع لقياسه بالنسبة لفئة الأطباء والممرضين.

ب- **ثبات المقياس:** للتحقق من ثبات المقياس لإمكانية الاعتماد على نتائج المقاييس استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، ويوضح الجدول

التالي معاملات الثبات الناتجة باستخدام هذه المعادلة، **وقد قامت الباحث بحساب ثبات المقياس ويتضح ذلك فيما يلي:**

**جدول (٨) ثبات العبارات لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية (للأطباء)**

| أبعاد المقياس | عدد العبارات | قيمة ألفا |
|---|---|---|
| **البعد الأول: الحساسية النفسية** | ١٥ | ٠,٩٦٢ |
| **البعد الثانى: القلق** | ١٥ | ٠,٩٧٥ |
| **البعد الثالث: الاكتئاب** | ١٥ | ٠,٨٩٤ |
| **البعد الرابع: الخوف** | ١٢ | ٠,٧٨١ |
| **البعد الخامس: العدوانية** | ١٢ | ٠,٨٧٢ |
| **البعد السادس: الوسواس** | ١٥ | ٠,٨٣٣ |
| **البعد السابع: البارانويا** | ١٠ | ٠,٥٩١ |
| **البعد الثامن: الذهانية** | ١١ | ٠,٥٥٩ |
| **البعد التاسع: الأعراض الجسمية** | ١٥ | ٠,٨٦٩ |
| **إجمالي المقياس** | ١٢٠ | ٠,٩٨٤ |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات جميعها قيم مقبولة حيث تراوحت قيم معامل الثبات (٠.٥٥٩ – ٠.٩٧٥)، لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية، وكانت قيمة ألفا لإجمالي مقياس الصحة النفسية والجسمية (٠.٩٨٤) وهي قيمة مرتفعة، وتشير هذه القيم من معاملات الثبات إلى صلاحية العبارات والاعتماد على نتائجها والوثوق بها.

**جدول (٩) ثبات العبارات لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية (للممرضين)**

| أبعاد المقياس | عدد العبارات | قيمة ألفا |
|---|---|---|
| **البعد الأول: الحساسية النفسية** | ١٥ | ٠,٩٥٨ |
| **البعد الثانى: القلق** | ١٥ | ٠,٩٦٣ |
| **البعد الثالث: الاكتئاب** | ١٥ | ٠,٨٩٥ |
| **البعد الرابع: الخوف** | ١٢ | ٠,٧٧٦ |
| **البعد الخامس: العدوانية** | ١٢ | ٠,٨١٥ |
| **البعد السادس: الوسواس** | ١٥ | ٠,٨١١ |
| **البعد السابع: البارانويا** | ١٠ | ٠,٥١٨ |
| **البعد الثامن: الذهانية** | ١١ | ٠,٥٧٥ |
| **البعد التاسع: الأعراض الجسمية** | ١٥ | ٠,٨٣٠ |
| **إجمالي المقياس** | ١٢٠ | ٠,٩٨٢ |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات جميعها قيم مقبولة حيث تراوحت قيم معامل الثبات (٠.٥٧٥ – ٠.٩٦٣)، لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية، وكانت قيمة ألفا لإجمالي مقياس الصحة النفسية والجسمية (٠.٩٨٢) وهي قيمة مرتفعة، وتشير هذه القيم من معاملات الثبات إلى صلاحية العبارات والاعتماد على نتائجها والوثوق بها.

**لإتساق الداخلى للمقياس:**

**جدول (١٠)صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية (للأطباء)**

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| **البعد الاول:** الحساسية النفسية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٩٣(**) | ٠,٩٩٦ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثاني:** القلق | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٩٧(**) | ٠,٩٩٨ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثالث:** الاكتئاب | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٩٤(**) | ٠,٩٩٧ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| **البعد الرابع:** الخوف | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٨٢(**) | ٠,٩٩١ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الخامس:** العدوانية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٩١(**) | ٠,٩٩٥ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد السادس:** الوسواس | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٩٩(**) | ٠,٩٩٩ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد السابع:** البارانويا | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٨٤٦(**) | ٠,٨٥٣ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثامن:** الذهانية | معامل ارتباط بيرسون | -٠,٢٥١(**) | ٠,٤٠١ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠٣ | |
| **البعد التاسع:** الاعراض الجسمية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٦٦(**) | ٠,٩٨٣ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

من جدول صدق الاتساق الداخلي السابق لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية نجد أن معامل الارتباط بين أبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية وبلغت قيم معامل إرتباط بيرسون (٠.٩٩٣، ٠.٩٩٧، ٠.٩٩٤، ٠.٩٨٢، ٠.٩٩١، ٠.٩٩٩،٠.٨٤٦، -٠.٢٥١، ٠.٩٦٦) لكل من (البعد الأول: الحساسية النفسية، البعد الثاني: القلق، البعد الثالث: الاكتئاب، البعد الرابع: الخوف، البعد الخامس: العدوانية، البعد السادس: الوسواس، البعد السابع: البارانويا، البعد الثامن: الذهانية، البعد التاسع: الاعراض الجسمية) على التوالي، وللمزيد من التحليل قام الباحث بحساب معامل الارتباط المصحح وبلغت قيم معامل الارتباط المصحح (٠.٩٩٧،٠.٩٩٨،٠.٩٩٦، ٠.٩٨٣،٠.٤٠١،٠.٨٥٣،٠.٩٩٩،٠.٩٩٥،٠.٩٩١) لكل من (البعد الأول: الحساسية النفسية، البعد الثاني: القلق، البعد الثالث: الاكتئاب، البعد الرابع: الخوف، البعد الخامس: العدوانية، البعد السادس: الوسواس، البعد السابع: البارانويا، البعد الثامن: الذهانية، البعد التاسع: الاعراض الجسمية) على التوالي، وهي قيم

تؤكد على صدق أبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية.

**جدول(١١)صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسيةوالجسمية (للممرضين)**

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| **البعد الاول:** الحساسية النفسية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٨٧(**) | ٠,٩٩١ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثاني:** القلق | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٩١(**) | ٠,٩٩٥ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثالث:** الاكتئاب | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٨٩(**) | ٠,٩٩٤ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الرابع:** الخوف | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٧٤(**) | ٠,٩٨٦ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الخامس:** العدوانية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٥٦(**) | ٠,٩٧٨ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد السادس:** الوسواس | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٧٥(**) | ٠,٩٨٧ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد السابع:** البارانويا | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٧٦٣(**) | ٠,٨٦٦ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **البعد الثامن:** الذهانية | معامل ارتباط بيرسون | -٠,٢١٠(**) | ٠,٣٤٧ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠١ | |
| **البعد التاسع:** الاعراض الجسمية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٥٢(**) | ٠,٩٧٥ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

من جدول صدق الاتساق الداخلي السابق لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية نجد أن معامل الارتباط بين أبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية وبلغت قيم معامل إرتباط بيرسون

(٠.٧٦٣،٠.٩٧٥،٠.٩٥٦،٠.٩٧٤،٠.٩٨٩،٠.٩٩١،٠.٩٨٧،-٠.٩٥٢،٠.٢١٠)

لكل من (البعد الأول: الحساسية النفسية، البعد الثاني: القلق، البعد الثالث: الاكتئاب،

البعد الرابع: الخوف، البعد الخامس: العدوانية، البعد السادس: الوسواس، البعد السابع: البارانويا، البعد الثامن: الذهانية، البعد التاسع: الاعراض الجسمية) على التوالي، وللمزيد من التحليل قام الباحث بحساب معامل الارتباط المصحح

وبلغت قيم معامل الارتباط المصحح (٠.٩٧٨،٠.٩٨٦،٠.٩٩٤،٠.٩٩٥،٠.٩٩١، ٠.٩٧٥،٠.٣٤٧،٠.٨٦٦،٠.٩٨٧) لكل من (البعد الأول: الحساسية النفسية، البعد الثاني: القلق، البعد الثالث: الاكتئاب، البعد الرابع: الخوف، البعد الخامس: العدوانية، البعد السادس: الوسواس، البعد السابع: البارانويا، البعد الثامن: الذهانية، البعد التاسع: الاعراض الجسمية) على التوالي، وهي قيم تؤكد على صدق أبعاد مقياس الصحة النفسية والجسمية.

٣- **مقياس الأداء المهني: إعداد الباحث:** تكون المقياس من مجموعة من العبارات عددهم (٢٥) عبارة، تم الإجابة عليهم بمقياس ثلاثي الترتيب يتراوح بين (٠-٢) (دائما – أحيانا – أبدا).

- بالنسبة لطريقة التصحيح اعتمدت طريقة "ليكرت" في إعطاء الدرجات، حيث تقابل كل عبارة ثلاث بدائل وهى دائما، أحيانا، أبدا، إذا كانت العبارة مباشرة تعطى دائما: درجتان، أحيانا: درجة واحدة، أبدا: صفر، أما إذا كانت العبارة غير مباشرة تعطى دائما: صفر، أحيانا: درجة واحدة، أبدا: درجتان.

**يشمل المقياس (٢٥) عبارة تتوزع وفقًا لنوعين من البنود: بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.**

١. **البنود المباشرة:** تتضمن البنود المباشرة (٢١) عبارة، وقد تتمثل هذه البنود في العبارات رقم:

(١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-١١-١٢-١٣-١٤-١٥-١٦-١٧-١٨-١٩-٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥)

**وتأخذ هذه العبارات:**

| دائمًا | أحيانًا | أبدًا |
|---|---|---|
| ٢ | ١ | ٠ |

٢. **البنود غير المباشرة:** تتضمن البنود غير المباشرة (٤) عبارة، وقد تتمثل هذه البنود في العبارات رقم:

(٨-٩-١٠-٢٠)

**وتأخذ هذه العبارات:**

| دائمًا | أحيانًا | أبدًا |
|---|---|---|
| ٠ | ١ | ٢ |

تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على (٥٠) من الأطباء والممرضين، حيث بلغت قيمة معامل الثبات لمقياس الأداء المهني (للأطباء والممرضين) (٠.٩٦٧، ٠.٨٩٩)، وذلك بغرض معرفة وضوح تعليمات الإجابة عن فقرات المقياس ومدى وضوح الفقرات، وقد أسفرت النتائج عن وضوح تعليمات الإجابة، ثم تم حذف وتعديل بعض العبارات حتى تتفق مع طبيعة أفراد العينة، وهى: (أقلق بدرجة كبيرة بسبب مكروه يحتمل وقوعه في العمل – أشعر بأفتقاد التعاون المشترك بين زملائي أثناء العمل – يضايقني ضعف الامكانيات داخل عملي – أعتقد أن زملائي يعاملونني معاملة طيبة في مهنتي – يضايقني الشعور بالنقص – أشعر بأنني مستقر ومطمئن في عملي – أميل إلى تجنب المواقف غير السارة في العمل بالهرب منها).

**الخصائص السيكومترية لمقياس الأداء المهني:**

**صدق المقياس:** للتحقق من صدق محتوى المقياس، استخدم الباحث طريقة **(صدق المحكمين)** عرض بنود المقياس على مجموعة من المحكمين الخبراء في مجال علم النفس والصحة النفسية والقياس النفسي، للتأكد من مدى ملاءمة أبعاد عبارات المقياس لما وضع لقياسه بالنسبة لفئة الأطباء والممرضين.

**ثبات المقياس:** للتحقق من ثبات المقياس لإمكانية الاعتماد على نتائج المقاييس استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، ويوضح الجدول التالي

معاملات الثبات الناتجة باستخدام هذه المعادلة، **وقد قامت الباحث بحساب ثبات وصدق المقياس ويتضح ذلك فيما يلي:**

**جدول (١٢) ثبات العبارات لأبعاد مقياس الاداء المهني (للأطباء والممرضين)**

| المقياس | عدد العبارات | قيمة ألفا | |
|---|---|---|---|
| | | للأطباء | للممرضين |
| **مقياس الاداء المهني** | ٢٥ | ٠,٩٦٧ | ٠,٨٩٩ |

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل الثبات لمقياس الأداء المهني (للأطباء والممرضين) (٠.٩٦٧، ٠.٨٩٩) وهي قيم مرتفعة تشير إلى صلاحية العبارات وإمكانية الاعتماد على نتائجها والوثوق بها.

**جدول (١٣) ثبات التجزئة النصفية لمقياس الأداء المهني (للأطباء)**

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| **العبارات الفردية** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٤٢(**) | ٠,٩٧ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| **العبارات الزوجية** | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٩٣٤(**) | ٠,٩٧ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

من الجدول السابق نجد أن معامل الارتباط بين مجموعة العبارات الفردية وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، ومعامل الارتباط بين مجموعة العبارات الزوجية وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) مما يؤكد على ثبات مقياس الأداء المهني وبلغت قيم معامل إرتباط بيرسون (٠.٩٤٢، ٠.٩٣٤) لكل من (العبارات الفردية، العبارات الزوجية) على التوالي، وللمزيد من التحليل قام الباحث بحساب معامل الارتباط المصحح وبلغت قيم معامل الارتباط المصحح (٠.٩٧، ٠.٩٧) لكل من (العبارات الفردية، العبارات الزوجية) على التوالي، وهي قيم تؤكد على ثبات المقياس.

جدول (١٤) ثبات التجزئة النصفية لمقياس الأداء المهني للممرضين

| أبعاد المقياس | | إجمالي المقياس | معامل الارتباط المصحح |
|---|---|---|---|
| العبارات الفردية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٦٨٢(**) | ٠,٨١ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |
| العبارات الزوجية | معامل ارتباط بيرسون | ٠,٨٨٩(**) | ٠,٩٤ |
| | الدلالة المعنوية | ٠,٠٠١ | |

من الجدول السابق نجد أن معامل الارتباط بين مجموعة العبارات الفردية وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، ومعامل الارتباط بين مجموعة العبارات الزوجية وإجمالي المقياس دالة معنوياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) مما يؤكد على ثبات مقياس الأداء المهني وبلغت قيم معامل إرتباط بيرسون (٠.٦٨٢، ٠.٨٨٩) لكل من (العبارات الفردية، العبارات الزوجية) على التوالي، وللمزيد من التحليل قام الباحث بحساب معامل الارتباط المصحح وبلغت قيم معامل الارتباط المصحح (٠.٨١، ٠.٩٤) لكل من (العبارات الفردية، العبارات الزوجية) على التوالي، وهي قيم تؤكد على ثبات المقياس.

**برنامج علاجي معرفي سلوكي: (إعداد الباحث):**

**التعريف بالبرنامج:**

يعتمد البرنامج على مجموعة من المهارات العلاجية المعرفية السلوكية، وذلك بهدف زيادة الإدراك والوعي بالأفكار الذاتية السلبية ومحاولة استبدالها بالأفكار الذاتية الإيجابية.

**أهداف البرنامج العامة:**

يهدف البرنامج بشكل عام إلى خفض الاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين، وذلك لتحسين الصحة النفسية والجسمية لديهم، وصولاً إلى أداء مهني على أكمل وجه.

**أهداف البرنامج الفرعية:**

١. زيادة الإدراك والوعي والتبصر بموضوع الاحتراق النفسي (تعريفه وأسبابه وطرق الوقاية والعلاج) لدى الأطباء والممرضين.
٢. تدريب أفراد المجموعة التجريبية من الأطباء والممرضين على مهارة ضبط الذات من خلال (المراقبة الذاتية– التقويم الذاتي– التدعيم الذاتي).
٣. تدريب أفراد المجموعة التجريبية من الأطباء والممرضين على مهارة تحسين العلاقة مع أفراد العمل من خلال (تنظيم المهام– تعلم التفويض– استخدام العمل كمدعم لتحسين مستوى الأداء– تعزيز القيم الإيجابية ومكانة المهنة).
٤. تدريب أفراد المجموعة التجريبية من الأطباء والممرضين على مراقبة الأفكار السلبية والمعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية التي من شأنها أن تزيد من حدة الاحتراق النفسي.
٥. تدريب أفراد المجموعة التجريبية من الأطباء والممرضين على مهارة تهدئة الجسم والعقل من خلال (تعلم الاسترخاء– تنظيم التنفس– التخيل الفعال– تنظيم عادات النوم والطعام– إزاحة الأفكار السلبية).
٦. تشجيع الأطباء والممرضين على ممارسة وتطبيق استراتيجيات معينة للتعامل مع المشكلات التي تواجههم في بيئة العمل مثل استخدام تدريبات التنفس أثناء الشعور بالقلق والتوتر والخوف.

**جدول يوضح الفنيات المستخدمة والهدف منها**

| الرقم | الفنيات المستخدمة | هدف الجلسة | زمن الجلسة |
|---|---|---|---|
| ١ | الحوار والمناقشة | التمهيد والتعارف وبناء العلاقة العلاجية | ٩٠ دقيقة |
| ٢ | الحوار والمناقشة | التعريف بالاحتراق النفسي وأسبابه | ٦٠ دقيقة |
| ٣ | الحوار والمناقشة | معرفة طرق الوقاية والعلاج | ٦٠ دقيقة |
| ٤ | المحاضرة | تحديد أهداف البرنامج العلاجي المعرفي | ٦٠ دقيقة |

| الرقم | الفنيات المستخدمة | هدف الجلسة | زمن الجلسة |
|---|---|---|---|
| | | السلوكي والقواعد الضابطة | |
| ٥ | الأسئلة الاستقرائية | أن يحدد أفراد العينة ضغوط العمل من وجهة نظرهم وخبراتهم الذاتية | ٩٠ دقيقة |
| ٦ | مراقبة الأفكار الذاتية | إكساب أفراد العينة مهارة مراقبة الأفكار من خلال شرح العلاقة بين الانفعال والتفكير والسلوك | ٦٠ دقيقة |
| ٧ | قائمة بيك للأفكار المشوهة معرفيًا | التعرف على لأهم الأفكار والاتجاهات المشوهة معرفيًا | ٦٠ دقيقة |
| ٨ | استخدام المواقف الواقعية التي تحدث مع أفراد العينة | التعرف على مصادر القلق والتوتر والوصول إلى معرفة مهارة توكيد الذات | ٩٠ دقيقة |
| ٩ | التعلم بالملاحظة | تعلم أفراد العينة كيفية تنظيم الوقت وأسلوب تنظيم التنفس | ٦٠ دقيقة |
| ١٠ | التخيل | تهدف إلى التأمل والقيام برحلة ذهنية بدلًا من التركيز على الموقف | ٦٠ دقيقة |
| ١١ | لعب الدور | تطبيق أفراد العينة لجلسات الاسترخاء والتهدئة | ٦٠ دقيقة |
| ١٢ | جدولة المهام | التدريب على توزيع المهام والاحتفاظ بالطاقة بما يتناسب مع قدراتهم | ٦٠ دقيقة |
| ١٣ | الحوار الداخلي | تحسين لغة الحوار الداخلي والنظرة للذات | ٦٠ دقيقة |
| ١٤ | الحوار السقراطي | التعرف على الأفكار التلقائية | ٦٠ دقيقة |
| ١٥ | الواجب المنزلي | التعرف على جوانب القوة والضعف والمناقشة والتعليق | ٦٠ دقيقة |
| ١٦ | استمارة التقويم الذاتي | تقويم جلسات البرنامج | ٦٠ دقيقة |
| ١٧ | الحوار والمناقشة | ختام الجلسات والإرشادات والتوجيهات | ٦٠ دقيقة |

- **سادسا الأساليب الإحصائية:**

تم تفريغ البيانات عن طريق البرنامج الإحصائي المعروف برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Sciences وتم التحليل الإحصائي باستخدام الحاسب الآلي من خلال برنامج الحزم الإحصائية SPSS V. 25،

وتعد هذه الخطوة – خطوة تمهيدية لتبويب البيانات وتحليلها إحصائيا، ومن خلاله تم استخدام الاختبارات التالية:

١- اختبار معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbachs لاختبار ثبات مقاييس الدراسة.

٢- معامل الارتباط بيرسون للتحقق من صدق التكوين لمقاييس الدراسة والتحقق من صحة فروض الدراسة.

٣- الإحصاءات الوصفية للبيانات من خلال جدولة البيانات في صورة جداول (التكرار والنسب المئوية) لمتغيرات الاستبيان.

٤- إختبار ت T–test للتحقق من صحة فروض الدراسة.

**نتائج الدراسة ومناقشتها**

**١) نتائج التحقق من الفرض الأول: ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات كل من عينة الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (القبلي والبعدي) لصالح القياس البعدي".**

ولحساب هذا الفرض تم اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء) ويتضح ذلك من الجداول الآتية:

**جدول (١٥) نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء)**

| المتغيرات | الدرجة الكلية | التطبيق القبلي (ن= ٧٠) | | التطبيق البعدي (ن= ٧٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة ٠,٠٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| **البعد الاول: الإجهاد الانفعالي** | ٤٥ | ٣٣,٨٤ | ٧,٠٤ | ١٧,١٧ | ٢,١١ | ١٩,٦٤ | ٠,٠٠١ دالة |
| **البعد الثاني: تبلد المشاعر** | ٤٥ | ٢٤,٠٤ | ٢,٨١ | ٢٢,٨١ | ٢,٦٨ | ٢,٣٣ | ٠,٠٣ دالة |
| **البعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي** | ٤٥ | ٢٥,٣٤ | ٦,٠١ | ١٧,٨١ | ٢,٩٣ | ٩,٤٧ | ٠,٠٠١ دالة |
| **إجمالي المقياس** | ١٣٥ | ٨٣,٢٢ | ٩,٢١ | ٥٧,٨٠ | ٤,٢٩ | ٢٤,٠٢ | ٠,٠٠١ دالة |

**اتضح من الجدول السابق لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء) ما يلي:**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة للبعد الاول: الإجهاد الانفعالي حيث بلغت قيمة ت (١٩.٦٤) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، وكان متوسط درجات عينة التطبيق القبلي (٣٣.٨٤)، ومتوسط درجات عينة التطبيق البعدي (١٧.١٧) لصالح التطبيق البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة للبعد الثاني: تبلد المشاعر حيث بلغت قيمة ت (٢.٣٣) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، وكان متوسط درجات عينة التطبيق القبلي (٢٤.٠٤)، ومتوسط درجات عينة التطبيق البعدي (٢٢.٨١) لصالح التطبيق البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة للبعد الثالث: انخفاض الانجاز الشخصي حيث بلغت قيمة ت (٩.٤٧) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، وكان متوسط درجات عينة التطبيق القبلي (٢٥.٣٤)، ومتوسط درجات عينة التطبيق البعدي (١٧.٨١) لصالح التطبيق البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة ل إجمالي مقياس الاحتراق النفسي حيث بلغت قيمة ت (٢٤.٠٢) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، وكان متوسط درجات عينة التطبيق القبلي (٨٣.٢٢)، ومتوسط درجات عينة التطبيق البعدي (٥٧.٨) لصالح التطبيق البعدي.

**جدول (١٦) نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الاحتراق النفسي (ممرضين)**

| المتغيرات | الدرجة الكلية | التطبيق القبلي (ن= ٨٠) | | التطبيق البعدي (ن= ٨٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة ٠,٠٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| البعد الاول: الإجهاد الانفعالي | ٤٥ | ٣١,٨٥ | ٨,٦٦ | ١٦,٠٢ | ٢,٥٢ | ١٤,٨٨ | ٠,٠٠١ دالة |
| البعد الثاني: تبلد المشاعر | ٤٥ | ٣١,٩٢ | ٧,٣٦ | ١٥,٢٣ | ٢,٠١ | ١٩,٦٥ | ٠,٠٠١ دالة |
| البعد الاول: انخفاض الانجاز الشخصي | ٤٥ | ٢٦,٤٢ | ٦,٩٥ | ١٣,٦٨ | ٤,٤٠ | ١٣,١١ | ٠,٠٠١ دالة |
| إجمالي المقياس | ١٣٥ | ٩٠,٢٠ | ١٤,٠٢ | ٤٤,٩٥ | ٦,٣٠ | ٢٣,٦٩ | ٠,٠٠١ دالة |

**مما سبق يتضح صحة الأول:** توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات كل من عينة الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (القبلي والبعدي) لصالح القياس البعدي.

- **تفسير ومناقشة الفرض الأول:**

**ويرجع ذلك إلى** فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض وعلاج الاحتراق النفسي، وذلك لأعتماده على مجموعة من والفنيات العلاجية والمعرفية والسلوكية.

فقد اعتمد البرنامج على استخدام مجموعة من الأساليب المعرفية السلوكية (فنيات العلاج المعرفي السلوكي) مثل كيفية إدارة الضغوط ومهارة حل المشكلات ومهارة إدارة الوقت والسلوك التوكيدي، مما كان له أثر إيجابي في زيادة قدرتهم على التوافق مع متطلبات المهنة ومواجهة الضغوط والمشكلات التي يتعرضون لها داخل المستشفى بصفة عامة ومع المرضى في عيادتهم بصفة خاصة، بالإضافة إلى إكسابهم القدرة على مهارة ضبط الوقت، مما كان له أثر إيجابي في استغلال الوقت الاستغلال الأمثل داخل العمل وخارجه، كما أيضا اعتماد البرنامج على التغذية الراجعة والتي ساعدت الأطباء والممرضين في التعرف على نتائج الأعمال والأفكار التي يقومون بها ويفكرون فيها داخل الجلسات وما مدى تناسبها أو توافقها وبذلك فيتم تعزيزها، أما إذا كانت غير مناسبة فيتم مساعدتهم على إعادة توجههم للتعرف على الأعمال والأفكار والأساليب الصحيحة السوية، بالإضافة إلى استخدام التكليفات المنزلية والتي كان لها أثر فعال في التعرف على مدى استفادة أفراد العينة من كل جلسة تتم في البرنامج العلاجي من مناقشات وفنيات وتدريبات، وكل ذلك أدى إلى خفض مستوى الاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين، مما أدى إلى تحسين الصحة النفسية والجسمية والذي بدوره عاد عليهم في تحقيق مستوى مرتفع من أدائهم المهني.

**وتتفق نتيجة هذا الفرض** مع ما انتهت إليه دراسة (أماني قطب، ٢٠١٤) والتي أشارت إلى انخفاض معظم أعراض الاحتراق النفسي لدى المجموعة التجريبية من الأطباء لصالح القياس البعدي، وذلك نتيجة للأساليب والفنيات العلاجية والسلوكية التي تدربوا عليها أفراد العينة من الأطباء، **بالإضافة** إلى اتفاق هذه النتيجة مع دراسة (صفاء أيوب، ٢٠٠٨)، وأيضا دراسة (إيمان عيسوي؛ نسيبة عماري،٢٠١٥) حيث أكدوا على أن الاستخلاص العام من النتائج المتوصل إليها بعد تطبيق البرنامج أنه تم من خلال البرنامج العلاجي القائم على أهم الأساليب المعرفية إلى خفض الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة. **وعلى العكس إختلفت هذه النتيجة** مع دراسة (سكوفيليSchaufeli ، et.al وزملائه2011) من حيث خفض الاحتراق النفسي نتيجة تدريب أفراد العينة على كيفية

مواجهة الضغوط ولكن على بعدي الإجهاد الإنفعالي وتبلد المشاعر فقط، أما بعد إنخفاض الإنجاز الشخصي مرتفع لديهم، **وتنطبق نتيجة الفرض الحالي مع بعض المداخل والتوجهات النظرية** التي فسرت ظاهرة الاحتراق النفسي من الناحية الطبية مثل نظرية التحليل النفسي، والتي فسرت ما يعاني منه الفرد من احتراق أو ضغوط شديدة في العمل بإعتبار ذلك ينتج من ضغط الفرد على الأنا لفترة طويلة من الزمن حتى يصبح منهكا انفعاليا وجسميا، وبالتالي ضعف الصحة النفسية والجسمية وانخفاض الأداء المهني نتيجة ما يقوم به الفرد من كبت تلك الرغبات التي تتعارض مع مكونات الشخصية، فينتج عنه صراع بين هذه المكونات وينتهي في النهاية إلى الاحتراق النفسي، ومن ثم يجب مقاومة ذلك وخفض الاحتراق النفسي حتى يتوافق مع متطلبات المهنة وتحسين صحة الفرد النفسية والجسمية، كذلك أيضا جاءت (النظرية السلوكية) والتي أكدت على دور العوامل والظروف البيئية المحيطة بالعاملين، وعدم قدرة الفرد على التكيف والتوافق مع متطلبات المهنة، ومن ثم لابد من إكساب الفرد أهم الأساليب والفنيات المعرفية والسلوكية لكيفية التعامل مع الضغوط الشديدة والتي قد تصل إلى الاحتراق النفسي.

٢) **نتائج التحقق من الفرض الثاني: ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين.**

جدول (٢٨) نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لمقياس الاحتراق النفسي في القياس البعدي (أطباء)

| المتغيرات | الدرجة الكلية | المجموعة الضابطة (ن= ٧٠) | | المجموعة التجريبية (ن= ٧٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة ٠,٠٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| البعد الاول: الإجهاد الانفعالي | ٤٥ | ٣٣,٢٤ | ٧,١٧ | ١٧,١٧ | ٢,١١ | ١٦,٦٥٨ | ٠,٠٠١ دالة |
| البعد الثاني: تبلد المشاعر | ٤٥ | ٢٣,٧١ | ٣,١٧ | ٢٢,٨١ | ٢,٦٨ | ٥٣,٥١٥ | ٠,٠٠١ دالة |
| البعد الاول: انخفاض الانجاز الشخصي | ٤٥ | ٢٥,٠٦ | ٦,٠٠ | ١٧,٨١ | ٢,٩٤ | ١٠,٣٦٩ | ٠,٠٠١ دالة |
| إجمالي المقياس | ١٣٥ | ٨٢,٠١ | ٩,١٨ | ٥٧,٨٠ | ٤,٢٩ | ٥١,٧٥٥ | ٠,٠٠١ دالة |

جدول (٢٩) نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لمقياس الاحتراق النفسي في القياس البعدي (ممرضين)

| المتغيرات | الدرجة الكلية | المجموعة الضابطة (ن= ٨٠) | | المجموعة التجريبية (ن= ٨٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة ٠,٠٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| البعد الاول: الإجهاد الانفعالي | ٤٥ | ٣٢,٠٤ | ٨,٥٢ | ١٦,٠٣ | ٢,٥٣ | ١٦,١١١ | ٠,٠٠١ دالة |
| البعد الثاني: تبلد المشاعر | ٤٥ | ٣٢,١٩ | ٧,٤٠ | ١٥,٢٤ | ٢,٠١ | ١٩,٧٦٨ | ٠,٠٠١ دالة |
| البعد الاول: انخفاض الانجاز الشخصي | ٤٥ | ٢٦,٤٨ | ٦,٩٥ | ١٣,٦٩ | ٤,٤١ | ١٣,٨٩٧ | ٠,٠٠١ دالة |
| إجمالي المقياس | ١٣٥ | ٩٠,٧٠ | ١٣,٩٨ | ٤٤,٧٥ | ٦,٥٢ | ٢٦,٦٨٩ | ٠,٠٠١ دالة |

**مما سبق يتضح صحة الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين.**

**ويرجع ذلك إلى** فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض وعلاج الاحتراق النفسي، وذلك لأعتماده على مجموعة من الفنيات العلاجية والمعرفية والسلوكية.

**حيث لاحظ أن** أفراد عينة الدراسة من الأطباء والممرضين يعانون مستويات مرتفعة من الإجهاد الانفعالي وانخفاض الانجاز الشخصي ومستويات متوسطة من بعدي تبلد المشاعر، وبالتالي فإنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الإحتراق النفسي على مستوى بعد الإنهاك الإنفعالي، فيما يخبرون درجات متوسطة من الإحتراق النفسي على مستوى كل من بعدي تبلد المشاعر وإنخفاض الإنجاز الشخصي (مستويات الإحتراق النفسي تتماشى عكسيا مع مستوى إنخفاض الانجاز الشخصي، أي كلما زاد تدني الشعور بالإنجاز كلما إرتفع مستوى الإحتراق النفسي).

**وقد أظهرت نتائج** الدراسة أن المجموعة التجريبية أصبحوا أكثر قدرة على كيفية إدارة الضغوط ومهارة حل المشكلات ومهارة إدارة الوقت والسلوك التوكيدي، مما كان له أثر إيجابي في زيادة قدرتهم على التوافق مع متطلبات المهنة ومواجهة الضغوط والمشكلات التي يتعرضون لها داخل المستشفى بصفة عامة ومع المرضى في عيادتهم بصفة خاصة، بالإضافة إلى إكسابهم القدرة على مهارة ضبط الوقت، ويرجع ذلك إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض وعلاج الاحتراق النفسي، وذلك لاعتماده على مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات العلاجية والمعرفية والسلوكية يشير إلى أن البرنامج العلاجي كان له أثر فعال لكلتا المجموعتين) المتوسطين والمرتفعين في الاحتراق.

- **وتتفق نتيجة هذا الفرض مع** دراسة ناصر سيد جمعة عبد الرشيد (٢٠١١)، والتي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات معلمي التربية الخاصة ومتوسط درجات معلمات التربية الخاصة في المجموعة التجريبية في التطبيقيين القبلي والبعدي على

مقياس الاحتراق النفسي مما يبين فاعلية برنامج ارشادي قائم على مبادئ وأسس العلاج بالواقع لوليام جلاس في خفض الاحتراق النفسي لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة.

- **بالإضافة إلى** دراسة السيد يس التهامي، عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١١)، التي أسفرت إلى وجود فروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاحتراق النفسي لمعلمي الأطفال ذوي الاعاقة العقلية.
- **كما أن** أيضا أظهرت دراسة بشار كمال حفظي عنبوسي (٢٠١٣)، وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاحتراق النفسي والكفاءة الذاتية المدركة لصالح المجموعة التجريبية التي تلقي أفرادها برنامجا تدريبيا في العلاج السلوكي المعرفي، حيث تحسن لدى أفرادها مستوى الكفاءة الذاتية المدركة وانخفض الاحتراق النفسي.

**وتنطبق نتيجة الفرض الحالي مع بعض المداخل والتوجهات النظرية** التي فسرت ظاهرة الاحتراق النفسي من الناحية الطبية مثل نظرية التحليل النفسي، والتي فسرت ما يعاني منه الفرد من احتراق أو ضغوط شديدة في العمل بإعتبار ذلك ينتج من ضغط الفرد على الأنا لفترة طويلة من الزمن حتى يصبح منهكا انفعاليا وجسميا، وبالتالي ضعف الصحة النفسية والجسمية وانخفاض الأداء المهني نتيجة ما يقوم به الفرد من كبت تلك الرغبات التي تتعارض مع مكونات الشخصية، فينتج عنه صراع بين هذه المكونات وينتهي في النهاية إلى الاحتراق النفسي، ومن ثم يجب مقاومة ذلك وخفض الاحتراق النفسي حتى يتوافق مع متطلبات المهنة وتحسين صحة الفرد النفسية والجسمية، كذلك أيضا جاءت (النظرية السلوكية) والتي أكدت على دور العوامل والظروف البيئية المحيطة بالعاملين، وعدم قدرة الفرد على التكيف والتوافق مع متطلبات المهنة، ومن ثم لابد من إكساب الفرد أهم الأساليب والفنيات المعرفية والسلوكية لكيفية التعامل مع الضغوط الشديدة والتي قد تصل إلى الاحتراق النفسي.

**٣) نتائج التحقق من الفرض الثالث: ينص على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات الاحتراق النفسي ومستوى الصحة النفسية والجسمية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين.**

**جدول (١٧) العلاقة الارتباطية بين درجات مقياس الاحتراق النفسي ومستوى الصحة النفسية والجسمية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين**

| المتغيرات | مقياس الصحة النفسية والجسمية | | | |
|---|---|---|---|---|
| | أطباء | | ممرضون | |
| | معامل الارتباط | الدلالة المعنوية | معامل الارتباط | الدلالة المعنوية |
| مقياس الاحتراق النفسي | ٠,٨٦٩(**) | ٠,٠٠١ | ٠,٨٨٩(**) | ٠,٠٠١ |

**يتضح من الجدول السابق ما يلي:**

- توجد علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) بين درجات مقياس الاحتراق النفسي ومستوى الصحة النفسية والجسمية لدى عينة الأطباء حيث كانت قيمة معامل الإرتباط (٠.٨٦٩) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥).
- توجد علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) درجات مقياس الاحتراق النفسي ومستوى الصحة النفسية والجسمية لدى كل من عينة الممرضين حيث كانت قيمة معامل الإرتباط (٠.٨٨٩) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥).

**مما سبق يتضح صحة الفرض الثاني: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات الاحتراق النفسي ومستوى الصحة النفسية والجسمية لدى كل من عينة الأطباء والممرضين.**

ويرجع ذلك إلى أن مهنة الأطباء والممرضين مهنة خدمية شاقة وخطيرة وتتطلب قوة جسمية ونفسية، فإن معظم أبعاد الاحتراق النفسي والتي يمكن أن يتعرض لها كل من الأطباء والممرضين قد تؤثر على الحالة النفسية والجسمية لهم، فأبعاد الاحتراق النفسي سواء من حيث بعد الإجهاد الإنفعالي أو بعد تبلد المشاعر أو بعد الشعور بتدني الإنجاز الشخصي تشكل عبئا وجهدا على كل أفراد العينة من الأطباء والممرضين، مما قد تنعكس بالسلب على صحتهم وتجعلهم معرضون للإصابة ببعض الإضطرابات أو الأمراض النفسية والجسمية، بالإضافة إلى المعاناة الجسمية من شكاوي دائما في حالات الاحتراق النفسي الذي يترافق ببعض المشكلات النفسية كالاكتئاب والقلق والتوتر وغير ذلك من المشكلات النفسية والتي قد تزداد حدتها بإرتفاع حدة الإجهاد الانفعالي المستمر والمتواصل في العمل وخارج نطاق العمل، وأيضا ضعف المساندة الاجتماعية والنفسية، فكلما زادت شدة الاحتراق النفسي كلما تدهورت الصحة النفسية والجسمية لأفراد العينة.

فالاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين قد يبدأ بإستنزاف جسمي ونفسي، ثم بعد ذلك الشعور باللامبالاة وتبلد المشاعر والسخرية من الأشياء الهامة وصولا إلى شعور أفراد العينة من الأطباء والممرضين بعدم الرضا عن الإنجاز الشخصي، مما قد ينتج عن ذلك ظهور بعض المشكلات الصحية مثل (التعب، الإحباط، فقدان الشهية، القلق، التوتر، الاكتئاب، إضطرابات النوم، ... وغير ذلك من المشكلات)، وإذا استمر أفراد العينة من الأطباء والممرضين في التعرض إلى مستويات عالية من الضغوط الشديدة التي قد تصل بهم إلى الاحتراق النفسي في العمل دون أن يأخذون فترات راحة واسترخاء، فمن الممكن أن تتطور هذه المشكلات حتى تصبح مرضا وتعوقهم عن أداء عملهم على أكمل وجه، وقد أكدت على ذلك دراسة (موفق الكبيسي،٢٠٠٣) إلى وجود علاقة كبيرة بين ضغوط العمل الشديدة وارتفاع ضغط الدم ومستوى الكولسترول في الدم والتي قد تؤدي إلى أمراض القلب وظهور بعض المشكلات الصحية، وتنطبق نتيجة

**الفرض الحالي مع بعض التوجهات النظرية مثل (نظرية التحليل النفسي) على أن معاناة الفرد من ضغوط شديدة في العمل وما ينتج عن هذه الضغوط التي تقع على الفرد في عمله نتيجة الأعباء والمهام المكلف بها، فقد يضغط ذلك على الأنا حتى يصبح أكثر فاعلية وكفاءة في عمله، مما قد يشكل إجهاداً وإنهاكاً لصحة الفرد النفسية والجسمية.**

**٤)** نتائج التحقق من الفرض الرابع: ينص على أنه **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات كل من عينة الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (البعدي والتتبعي).**

**جدول (١٨) نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء)**

| المتغيرات | الدرجة الكلية | التطبيق القبلي (ن= ٧٠) | | التطبيق التتبعي (ن= ٧٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة ٠,٠٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| **البعد الاول: الإجهاد الانفعالي** | ٤٥ | ١٧,١٧ | ٢,١١ | ١٧,٢٥ | ٢,٢٠ | ١,٦٢٢ | ٠,١ غير دالة |
| **البعد الثاني: تبلد المشاعر** | ٤٥ | ٢٢,٨١ | ٢,٦٨ | ٢٢,٩٥ | ٢,٨٩ | ١,٢١٧ | ٠,٢ غير دالة |
| **البعد الاول: انخفاض الانجاز الشخصي** | ٤٥ | ١٧,٨١ | ٢,٩٤ | ١٧,٨٩ | ٢,٩٢ | ١,٩٢٦ | ٠,٠٦ غير دالة |
| **إجمالي المقياس** | ١٣٥ | ٥٧,٨٠ | ٤,٢٩ | ٥٧,٩١ | ٤,٣٠ | ١,٦٥٣ | ٠,١ غير دالة |

يتضح من الجدول السابق لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة لأبعاد وإجمالي

مقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء) حيث بلغت قيم ت (١.٦٢٢، ١.٢١٧، ١.٩٢٦، ١.٦٥٣) وهي قيم غير دالة عند مستوى معنوية (٠.٠٥).

**جدول (١٩) نتائج اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (ممرضين)**

| المتغيرات | الدرجة الكلية | التطبيق القبلي (ن= ٨٠) | | التطبيق التتبعي (ن= ٨٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة ٠,٠٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| **البعد الاول: الإجهاد الانفعالي** | ٤٥ | ١٦,٠٣ | ٢,٥٣ | ١٦,٠٨ | ٢,٥٠ | ٢,٠٣٩ | ٠,٠٥ غير دالة |
| **البعد الثاني: تبلد المشاعر** | ٤٥ | ١٥,٢٤ | ٢,٠١ | ١٥,٢٣ | ١,٩٤ | ٠,٤٤٥ | ٠,٧ غير دالة |
| **البعد الاول: انخفاض الانجاز الشخصي** | ٤٥ | ١٣,٦٩ | ٤,٤١ | ١٣,٧٠ | ٤,٤٠ | ٠,٤٤٥ | ٠,٧ غير دالة |
| **إجمالي المقياس** | ١٣٥ | ٤٤,٧٥ | ٦,٥٢ | ٤٥,٠٠ | ٦,٢٢ | ٠,٣٧٩ | ٠,٧ غير دالة |

يتضح من الجدول السابق لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة لأبعاد وإجمالي مقياس الاحتراق النفسي للمجموعة التجريبية (أطباء) حيث بلغت قيم ت (٢.٠٣٩، ٠.٤٤٥، ٠.٤٤٥، ٠.٣٧٩) وهي قيم غير دالة عند مستوى معنوية (٠.٠٥). **مما سبق يتضح صحة الفرض الرابع: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات كل من عينة الأطباء والممرضين بالمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الاحتراق النفسي في القياسين (البعدي والتتبعي).**

**قد تشير نتائج** الفرض الحالي لأفراد عينة الدراسة من الأطباء والممرضين إلى استمرار أثر البرنامج في خفض شدة الاحتراق النفسي بعد مدة من انتهاء البرنامج، مما يتضح من هذه النتيجة أنها تؤكد على فاعلية البرنامج العلاجي وتحقيق الهدف منه الني أعد من أجله وهو خفض الاحتراق النفسي بهدف تحسين الصحة النفسية والجسمية للأطباء والممرضين، بالإضافة إلى إلتزام أفراد العينة في متابعتهم لتنفيذ الأنشطة والتكليفات التي من شأنها خفض شدة الاحتراق النفسي لديهم.

فقد اتفقت هذه النتيجة مع بعض الدراسات مثل دراسة (صفاء أيوب، ٢٠٠٨) والتي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاحتراق النفسي، بالإضافة إلى دراسة (**دراسة سكوفيلي Schaufeli, et.al وزملائه2011**) والتي اتفقت مع نتيجة الفرض الحالي في هدف التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الذي يساعد على خفض شدة الاحتراق النفسي وتحسين الأداء الوظيفي.

**٥) نتائج التحقق من الفرض الخامس ينص على أنه: توجد علاقة ارتباطية بين درجات مقياس الاحتراق النفسي لدى كل من عينة الأطباء والممرضين وأدائهم المهني.**

**جدول (٢٠) العلاقة الارتباطية بين درجات مقياس الاحتراق النفسي لدى عينة الأطباء وأدائهم المهني**

| المتغيرات | مقياس الأداء المهني | | | |
|---|---|---|---|---|
| | أطباء | | ممرضون | |
| | معامل الارتباط | الدلالة المعنوية | معامل الارتباط | الدلالة المعنوية |
| مقياس الاحتراق النفسي | ٠,٨٦١(**) | ٠,٠٠١ | ٠,٨٧٧(**) | ٠,٠٠١ |

**يتضح من الجدول السابق ما يلي:**

- توجد علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) بين درجات مقياس الاحتراق النفسي لدى عينة الأطباء وأدائهم المهني حيث كانت قيمة معامل الإرتباط (٠.٨٦١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥).
- توجد علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥) درجات مقياس الاحتراق النفسي لدى عينة الممرضين وأدائهم المهني حيث كانت قيمة معامل الإرتباط (٠.٨٧٧) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥).

**مما سبق يتضح صحة الفرض الرابع: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات مقياس الاحتراق النفسي لدى كل من عينة الأطباء والممرضين وأدائهم المهني.**

**يرجع ذلك إلى:** أن ارتفاع الاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين له بالغ الأثر في تدني مستوى الأداء المهني لديهم، فشعور أفراد العينة بالضغوط الشديدة والمستمرة من كثرة الأعباء الملقاة على عاتقهم وعدم المساندة الاجتماعية لهم وصعوبة الحصول على أجازة للراحة والتعامل مع الحالات الحرجة والعمل لساعات طويلة داخل المستشفي، بالإضافة إلى المناوبات الليلية والسهر، بالتالي يؤثر ذلك على أدائهم المهني، فإن الأطباء والممرضين نتيجة لمدى التعرض الشديد للاحتراق النفسي فإنهم يشعرون بالغضب لأقل الأسباب، والشعور بالتعب النفسي والجسدي والشعور بالإرهاق عند الذهاب إلى العمل يوميا، أيضا معظم الأطباء والممرضين كانوا يشعرون في بداية عملهم بالمستشفى بأن لديهم طاقة وحيوية ونشاط داخل العمل إلا أنهم لا يجيدون فرص للتطوير في مجال العمل وبعضهم تكون خبراتهم ومهاراتهم قليلة بالنسبة للمسئوليات الملقاة على عاتقهم، وعدم تدريبهم بالطريقة الكافية لاستمرار النجاح في العمل ومواجهة الصعوبات والمعوقات التي تواجههم، فبالتالي ينخفض أدائهم في العمل، بالإضافة إلى تدهور بيئة العمل من عدم وضوح المهام بالنسبة لمعظم الأطباء والممرضين خاصة في ظل عدم تواجد بعض الزملاء بالأقسام، وعدم وجود خدمات خاصة سواء للأطباء أو طاقم

التمريض في المستشفى، وسوء تصميم المستشفى له أثر كبير على إنفعالاتهم مع المرضى، والعمل تحت درجة حرارة غير مناسبة ونقص التهوية داخل حجرات المستشفي مما يزيد من الضغط النفسي والإجهاد الانفعالي للأطباء والممرضين، كما أن بيئة المستشفى أحيانا لا توفر لهم الاحتياطات من الإجراءات الوقائية الكافية، بالتالي فهم معرضون لإحتمال العدوى أثناء العمل في المستشفي، وشعورهم أيضا بعدم أهمية العمل الذي يقومون به من قبل إدارة المستشفى وافتقار المساعدة داخل العمل فكل هذا يؤدى بهم إلى اليأس ومحاولة بعضهم اللجوء إلى أخذ مهدئات، ومحاولتهم أحيانا التفكير في ترك المهنة أو النقل إلى مستشفى أخرى، فذلك يوضح مدى تأثير الاحتراق النفسي على الأداء المهني للأطباء والممرضين أفراد العينة.

**وتؤكد على ذلك دراسة:** (لينا عودة فهد، ٢٠٠٧) في التعرف على مدى الضغوط الشديدة في المستشفيات وبيئة العمل الداخلية

**وقد أكدت ذلك عدة نظريات ونماذج** على النتيجة الراهنة مثل **(نظرية الاتساق)** والتي أشارت بشكل واضح إلى أن من أهم معايير الشخصية السوية والمتوافقة هو تقدير الذات وقد أشارت إلى تلك العلاقة الكامنة بين تقدير الفرد لذاته وقبوله لها ومدى ارتفاع مستوى أدائه في العمل، فالأطباء والممرضين الذين لديهم تقدير واقعي وموضعي لقدراتهم وإمكانياتهم وتقدير الذات وتقبل الآخر يستطيعون أكثر توافقا وتكيفا مع الظروف المحيطة، مما ينعكس على أدائهم المهني وزيادة خبراتهم.

**ومن أهم النماذج التي أكدت على نتيجة الفرض الحالي (نموذج ماسلاش للاحتراق النفسي)** والذي أشار إلى أبعاد الاحتراق النفسي والتي تمثل (الإنهاك الإنفعالى)، (تبلد المشاعر)، (تدنى الشعور بالإنجاز)، حيث أشارت (ماسلاش) إلى أن الاحتراق النفسي يحدث عندما يبدأ الفرد الشعور بالإرهاق والضعف وفقدان العنصر الإنساني في التعامل مع الأفراد والشعور باللامبالاة، ثم يلي ذلك تقييم الفرد لإنجازاته بطريقة سليمة.

**التوصيات والمقترحات**

١. ضرورة الاهتمام بإعداد البرامج العلاجية التي من شأنها تمكين الأطباء والممرضين من معرفة أهم الفنيات المعرفية والسلوكية وتوظيفها بالشكل المناسب الذي من شأنه مساعدتهم على خفض الاحتراق النفسي وذلك لتحسين صحتهم النفسية والجسمية وتطوير أدائهم المهني.

٢. توفير إدارة في كل مستشفى حكومية أو خاصة تسمى (إدارة العلاقات الإنسانية والاجتماعية) لما لها من أهمية في دراسة الظواهر التي تحدث داخل المستشفى، وخلق روابط اجتماعية جيدة بين العاملين، مما يؤدى إلى تقليل الصراع الناتج بين أفراد الفريق الطبي المعالج ودورها في التعامل مع مشكلات العنف الوظيفي وتدريب الأطباء والممرضين على كيفية التعامل مع هذه المواقف التي تحدث أثناء العمل سواء خاصة بالعاملين بعضهم البعض أو خاصة بطاقم الفريق الطبي والمرضى.

٣. زيادة الحوافز المادية والمعنوية والعدالة في توزيعها في ضوء المجهودات والمسئوليات التي يبذلها الأطباء والممرضين حتى لا يضطروا إلى العمل بأكثر من مكان والرفع من روحهم المعنوية، بالإضافة إلى تحسين بيئة العمل في توفير المناخ الملاءم.

## المراجع


١. إبراهيم القريوتي؛ والخطيب فريد (٢٠٠٦) الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، ع١٥٤-١٣١ ص، ٢٣

٢. إبراهيم محمد على (٢٠١١) الضغوط النفسية وعلاقتها الاداء المهني لدي الاطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة غزة.

٣. أماني قطب (٢٠١٤ ) تقييم تأثير برنامج تعليمي على مستوى الاحتراق المهني لدى أطباء الأسرة، المجلة العربية للطب النفسي، الأردن.

٤. حسام على (٢٠٠٨) الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزواجي وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من معلمي الفئات الخاصة بمحافظة المنيا، جامعة المنيا، ج. م. ع، رسالة ماجستير غير منشورة.

٥. رضية بنت محمد عبد المحسن (٢٠٠٧) مصادر الضغط النفسي لدى الممرضين والأطباء وعلاقتها بالصحة النفسية والصحة الجسدية لديهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الاردنية، الاردن.

٦. سميرة عبد الصمد (٢٠٠٨) أهمية تقييم أداء العاملين في إدارة المورد البشرية، دراسة حالة شركة الكهرباء رسالة ماجستير، كلية علوم التسيير والاقتصاد، جامعة الحاج لخضر باتنة، (SERUB) الريفية والحضرية.

٧. صالح بن نوار (٢٠٠٥) الفعالية التنظيمية داخل المؤسسة الصناعية من وجهة نظر المديرين والمشرفين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة منتوري قسنطينة.

٨. صالح حسن الداهري (٢٠٠٥) مبادئ الصحة النفسية، عمان، دار وائل للنشر للطبعة.

٩. صباح السقا (٢٠٠٨) العلاج النفسي، جامعة دمشق، كلية التربية.

١٠. طه (٢٠١٧) السلوك التنظيمي في بيئة العولمة والانترنت، الاسكندرية، دار الفكر الجامعي.

١١. عاهد حسني (٢٠٠١) الصحة والتربية والعلاج، مطبعة الأصدقاء، بغداد، العراق.

١٢. على عسكر (٢٠٠٥) ضعوط الحياة ومواجهتها، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
١٣. عمر محمد الخرابشة، وعربيات؛ أحمد عبد الحليم (٢٠٠٥) الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية، مكة المكرمة، مجلد (١٧)، العدد (٢).
١٤. محمد الصيرفي (٢٠٠٣) إدارة الموارد البشرية، عمان، دار المناهج للنشر والتوزيع.
١٥. محمد شحاتة ربيع (٢٠١٠) علم النفس الصناعي والمهني، طبعة ١، عمان، دار المسيرة، الأردن.
١٦. موفق أسعد الهيتي (٢٠٠١) التوجية والارشاد والصحة النفسية للرياضيين، العراق، دار الوثائق بغداد.
١٧. موفق الكبيسي (٢٠٠٣) ضغوط العمل وتأثيرها على الأداء الوظيفي، دراسة ميدانية على قطاع البنوك القطرية، المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية.
١٨. ناصر حسن الغامدي (٢٠١٠) الأنماط القيادية وعلاقتها بالأداء الوظيفي في المنظمات الأهلية الفلسطينية من وجهة نظر العاملين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
١٩. نعيمة الهادي العربي (٢٠١٥) مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى المهن الطبية المساعدة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة مجلة العلوم والدراسات الانسانية، كلية الاداب والعلوم، جامعة بنغازي، لبيا.
٢٠. نعيمة طايبي (٢٠١٣) علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى الممرضين، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر (٢).
21. Adali &Priami, (2003) Burnout among Nurses in, intensive care units, internal, medicine wards and Emergency Departments in Greek hospitals, ICUs and Nursing web Journal, Issue 11th (July September 2002, Issun 1108 – 7366.
22. Farber, B. A. (2000). Treatment Strategies for Different Types of Teacher Burnout. Journal of Clinical Psychology, 65 (5), (675-689).

23. http://OSHA.europa.eu/8/13/2013:pm:12:00.
24. Truchot. D, (2004) Epuisement professionnel et Burnout: concept, models, intervention, Dund, Paris.
25. Wilmar Schaufeli &al (1998) The Burnout companion to study practice a critical analysis, Dirk. Emzmann.